NEUROLOGJA POLSKA

TOM I. ZESZYT II. WRZESIEŃ—PAŹDZIERNIK. 1910.

# Przyczynek do sprawy przymiotu rodzinnego.

(Badania na podstawie metody Wassermana)

podali

J. BABIŃSKI i A. BARRÉ z Paryża.

Stwierdzenie przymiotu małżeńskiego jest łatwe w tym razie, jeśli oboje małżonkowie wiedzą o przebytej chorobie i chętnie się do zakażenia i objawów drugorzędnych przyznają; w razie jednak przeciwnym — rozpoznanie przymiotu staje się trudnem lub nawet niemożliwem. Zwykle właśnie u kobiety przymiot bywa zapoznany, czy to wskutek silniej rozwiniętej skłonności do ukrywania prawdy, czy też z powodu, że u kobiety wrzód pierwotny łatwiej może przejść niepostrzeżenie, a nawet może wcale go nie być w przypadku przymiotu nabytego po zajściu w ciążę.

Co się tyczy przymiotu dziedzicznego, którego rozpoznanie nasuwa się niekiedy samo przez się, to może on pozostawać ukryty nader długo, a nawet czas nieograniczony. Widzimy zatem, że przymiot rodzinny nie jest zawsze sprawą tak jawną, jak by to być powinno, i przy ustalaniu rozpoznania pomódz mogą właśnie zaburzenia parasyfilityczne.

Jeden z nas, na podstawie badań szczegółowych nad osobami, które wstąpiły w związek małżeński z chorymi na wiąd rdzenia albo porażenie postępujące, — starał się wykazać *), iż

*) Patrz Revue neurologique, 1900, str. 340—341: „A propos du tabes conjugal" (J. Babiński).

przewlekłe zapalenie opon swoiste u małżonków jest sprawą daleko częstszą, niż to myślano dawniej. Można było stwierdzić obecność objawów wiądowych u kobiet, ktore uważały się za zupełnie zdrowe i tylko rzeczone objawy wskazywały, że były one zakażone.

Jeśli zważymy, że, ogólnie biorąc, przewlekłe zapalenie opon swoiste jest sprawą rzadką w porównaniu do częstości przymiotu, to można by było sądzić, że przypadki tego cierpienia u małżonków są wyjątkami w stosunku do liczby przypadków przymiotu małżeńskiego. Tymczasem wykazaliśmy niezbicie, że zapalenie opon przewlekłe swoiste u małżonków nie należy do rzadkości, mamy zatem prawo przypuścić, że i przymiot małżeński jest sprawą dość pospolitą. W każdym razie jest to przypuszczenie, które obecnie dzięki metodzie Wassermana skontrolować o wiele łatwiej, niż było to dawniej.

Oto pierwsze wyniki naszych badań nad przymiotem rodzinnym za pomocą metody serodjagnostycznej *).

Spostrz. I. Pani Wi... Mąż dotknięty porażeniem postępującem. Odczyn Wassermana dodatni.

U żony nie daje się stwierdzić żadnych oznak ani przymiotu ani cierpienia nerwowego organicznego; na skórze lub błonach śluzowych nie zauważyła nigdy nic podejrzanego. Dwoje dzieci urodziło się nieżywe, jedno poronienie. Odczyn Wassermana dodatni. Poddaną została leczeniu swoistemu, po szóstem zastrzyknięciu kalomelu surowicę krwi zbadano powtórnie i wówczas próba Wassermana dała wynik ujemny.

Spostrz. II. Pani V. U męża objaw Argyll'a, w płynie mózgowo-rdzeniowym obfita limfocytoza, próba Wassermana o wyniku dodatnim.

U p. V. niema żadnych oznak przymiotu; zdaniem jej, nigdy go nie przechodziła. Żadnych oznak cierpienia organicznego. Odczyn Wassermana dodatni. Miała jedno dziecko donoszone, zmarło jednak wcześnie z oznakami przymiotu.

Spostrz. III i IV. Pani A. z dzieckiem. Mąż cierpi na wiąd rdzenia typowy. Żona i dziecko pozornie zupełnie zdrowe,

*) Badania dokonywane były sposobem Bauera i tylko, gdy surowica była samorzutnie „odporna", uciekano się do pierwotnej metody Wassermana.

bez oznak przymiotu. Mimo to u wszystkich: ojca, matki i dziecka, próba Wassermana daje wynik dodatni.

Spostrz. V. Pan U. P. Matka chora na porażenie postępujące (limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym, odczyn Wassermana dodatni). Ma czterech braci z niewątpliwymi objawami przedmiotowymi przymiotu dziedzicznego i próbą Wassermana dodatnią.

Sam on nie przedstawia żadnych objawów przymiotu, a ponieważ jest dzieckiem najstarszem, zatem można było przypuszczać, że matka została zakażona już po jego przyjściu na świat. Mimo to odczyn Wassermana dodatni*).

Spostrz. VI. Pani B. Mąż chory na wiąd rdzenia zupełnie wyraźny.

Żona ma pięcioletnie dziecko, u którego próba Wassermana dała wynik ujemny. Sama niema żadnych oznak przymiotu ani zaburzeń parasyfilitycznych. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. VII. Dziecko w wieku lat 2. Matka dotknięta wiądem: cierpi na bóle strzelające, ma objaw Argyll'a, odruchy ze ścięgna Achillesa zniesione; próba Wassermana z wynikiem dodatnim.

Dziecko pozornie zupełnie zdrowe; żadnych oznak przymiotu dziedzicznego. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. VIII. Pani Val... Skarży się na uporczywe bóle głowy, pozatem niema żadnych zaburzeń ze strony układu nerwowego oraz żadnych oznak przymiotu. Odczyn Wasermana dodatni.

Mąż cierpi na bóle, jednak przedmiotowo nie wykazuje żadnych oznak nerwowych; przyznaje się, że przechodził przymiot na 6 lat przed ożenieniem się.

Spostrz. IX. Pani G. Mąż dotknięty wiądem. U żony nie daje się stwierdzić żadnych objawów syfilitycznych lub parasyfilitycznych. Odczyn Wassermana dodatni.

Spostrz. X. Pani Gay... Mąż cierpi na porażenie postępujące. Sama pozornie zupełnie zdrowa. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

---

*) Całkowita historja tej rodziny, cierpiącej na przymiot dziedziczny, będzie ogłoszona wkrótce w „Presse médicale“ przez d-rów Barré i Gastinel.

Spostrz. XI. Pani C... Mąż cierpi na porażenie postępujące. Ona sama żadnych zaburzeń chorobowych nie przedstawia. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

Spostrz. XII. Pani X... Mąż dotknięty porażeniem postępującem, ona wydaje się zupełnie zdrową. Odczyn Wassermana z wynikiem ujemnym.

---

Jeśli przyjąć pod uwagę te pierwsze spostrzeżenia, to można byłoby uważać, że częstość przymiotu małżeńskiego jest nader znaczna. Jednak do wytworzenia ścisłego i pewnego poglądu na tę sprawę potrzebna jest większa liczba przypadków—wobec tego jest do życzenia, aby spostrzeżenia w tym kierunku były czynione przez wielu lekarzy.

Jako zasadę należałoby postawić, że jeśli jedno z małżonków przyznaje się do przebytego zakażenia syfilitycznego albo też przedstawia objawy tego zakażenia, to drugie z małżonków oraz dzieci powinny być poddane próbie serodjagnostycznej.

Byłoby również ciekawe wiedzieć w przypadkach przymiotu małżeńskiego, na ile czasu przed ślubem miało miejsce zakażenie pierwotne. Niestety, z przytoczonych przypadków tylko w jednym można było otrzymać pewne pod tym względem wiadomości.

Rozległa ankieta według wskazań powyższych mogłaby dać wyniki doniosłe pod względem praktycznym. W szczególności dałoby to możność określić ściślej niż dotąd okres czasu, po za którym przymiot już nie może być przeniesiony na inną osobę.

Z oddziału dla chorych nerwowych d-ra E. Flataua w szpitalu żydowskim na Czystem.

# O KOSTNIAKACH KRĘGOSŁUPA, POWODUJĄCYCH UCISK RDZENIA

podali

M. BORNSTEIN i WŁ. STERLING.

*(Dokończenie).*

Reasumując wyniki badania drobnowidzowego, można naogół i pokrótce powiedzieć, co następuje:

Największe zmiany drobnowidzowe odpowiadają miejscu największego ucisku, t. j. 2—4 odcinkom szyjowym, gdzie rdzeń po za zupełnem zniekształceniem zewnętrznem wykazuje ogromne zniszczenie zarówno w szarej, jak i w białej istocie; zwłaszcza dotyczy to 2-ego odcinka szyjowego, gdzie z trudem rozpoznać można oddzielne szlaki w białej istocie, której myelina uległa w znacznej mierze po za częścią słupów przedniobocznych wybitnym zmianom (zupełny prawie zanik lub jej rozpad—metoda Weigerta). Dalej ogromne powiększenie liczby naczyń, ich rozszerzenie, wypełnienie szczelnie krwią i zgrubienie niektórych ścian oraz mnóstwo jąder, których większość stanowią jądra gleju, zaś poczęści komórki śródbłonkowe, znajdujące się niewątpliwie w związku z naczyniami (metoda hematoksylinowa i thioninowa). Po zatem ta ostatnia metoda wykazuje co do istoty szarej w 2-im odcinku szyjowym prawie zupełny zanik komórek rogów przednich, zaś w 3-im odcinku szyjowym znaczne ich zmiany (zmniejszenie, zaokrąglenie, brak wyrostków i t. d.).

Powyżej i poniżej tych miejsc najbardziej zmienionych, metoda Weigerta wykazuje w istocie białej zmiany, najbardziej zbliżone co do charakteru swego do zwyrodnień wtórnych. W 1-szym szyjowym odcinku po za zniekształceniem zewnętrznem rdzenia widzimy zwyrodnienia wstępujące w słupach tylnych (Goll'a i po części Burdach'a) oraz również takież zwyrodnienie w słupach bocznych (zwłaszcza po stronie prawej).

W dolnych odcinkach szyjowych, w odcinkach grzbietowych, a po części również w lędźwiowych i krzyżowych widać wyraźne zwyrodnienie zstępujące w szlakach pyramidowych bocznych i przednich; w tych ostatnich tylko do dolnej części grzbietowej rdzenia. Zstępujących zwyrodnień w słupach tylnych nie zauważono. Wszystkie te zmiany anatomopatologiczne mają niewątpliwie charakter zanikowy; zmian zapalnych stwierdzić nie było można: wokoło naczyń nie znaleziono żadnych nacieczeń drobnokomórkowych, same naczynia były tylko rozszerzone, w niektórych tylko ściany były zgrubiałe; zmiany te w naczyniach uważać należy za wtórne, jako reakcję na zanik istoty białej i rozrost gleju. Istnienie wybitnych zwyrodnień wtórnych dowodzi niewątpliwie znacznego zniszczenia nietylko otoczek myelinowych, ale i wyrostków osiowych.

O p i s k o s t n i a k ó w (dr. med. Dmochowski). Na tylnej powierzchni trzonu trzeciego kręgu szyjowego znajduje się guz z tkanki kostnej, uwypuklający się do jamy kręgosłupa, guz długości $1\frac{1}{2}$ ctm., szerokości $\frac{1}{2}$ ctm. U obwodu guz oddzielony jest od kręgu przez okostną tak, że łączy się jakby szypułą z kręgiem.

Na następnym kręgu ku dołowi również w kierunku światła kanału kręgowego wyrasta kilka drobnych guzów, dochodzących do wielkości ziarnka konopi; guzy te warunkują nierówną, guzowatą powierzchnię przedniej ściany kanału kręgosłupa.

Cięcie strzałkowe przez kręgi wykazuje normalną istotę gąbczastą kości, wzajemna odległość beleczek zmian nie przedstawia; szpik zabarwiony na kolor czerwony.

Kształt kręgu normalny.

Rozrosty kostne na powierzchni przekroju nie zawierają wcale istoty gąbczastej.

---

Jeżeli teraz zestawić wyniki badania klinicznego z wynikami sekcji—to należy przyjść do wniosku, że zarówno ścisłe rozpoznanie sprawy chorobowej, jak i ścisłe umiejscowienie jej za życia przekraczało granice możliwości. Jakkolwiek przy zestawieniu początkowego okresu choroby z końcowymi widzimy znaczną różnicę i postęp sprawy—jednakże samego przebiegu choroby niepodobna jest uznać za ścisle postępujący. Choroba rozwijała się raczej etapami, przyczem ostatnie wybitne pogorszenie (zupełne porażenie lewej kończyny górnej i dolnej), wystąpiło

zupełnie nagle po urazie. Krótkotrwały okres bólowy mógł wprawdzie nasunąć przypuszczenie zewnątrzrdzeniowej sprawy nowotworowej, ale 18-letnie trwanie choroby oraz jej przebieg nietypowy (chory zmarł z przyczyny przypadkowej) zdawały się przypuszczenie to wyłączać. O ile tedy w rozstrząsaniach różniczkowo-rozpoznawczych brana była w rachubę sprawa nowotworowa, to raczej dobrotliwa wewnątrzrdzeniowa w postaci przypuszczalnej gliozy, z czem zgadzały się również i zaniki mięśniowe, przykurczenie i typowe rozszczepienie czucia. I na tem rozpoznaniu jednakże trudno było się zatrzymać wobec przebiegu sprawy, która wystąpiła początkowo jako niedowład połowiczy prawostronny, do którego po kilku latach dopiero dołączył się niedowład lewostronny, wobec czego jedno ognisko nie objaśniało całkowitego zespołu objawów; wątpliwości owe potęgował jeszcze fakt, że zanikom mięśniowym nie towarzyszyły zmiany jakościowe w oddziaływaniu elektrycznem mięśni. Wobec tych wszystkich wątpliwości powstało jeszcze jedno przypuszczenie, z którem należało się liczyć: mianowicie rozsianej sprawy zapalnej rdzeniowej o przewlekłym charakterze—z przeważnem umiejscowieniem w szyjowej części rdzenia. I oto rozpoznanie sekcyjne, stwierdzając dane niezmiernie rzadkie i niezwykłe, zadało najwięcej kłamu — przypuszczeniu, które zdawało się mieć najwięcej cech prawdopodobieństwa — a mianowicie rozpoznaniu syringomyelji. Co się tyczy pozostałych przypuszczeń to ostało się wobec sprawdzianu sekcji—tylko jedno—i to częściowo — mianowicie przypuszczenie sprawy rozsianej—jednakże nie rdzeniowej, jak sądziliśmy, lecz zewnątrzrdzeniowej; i istotnie liczne kostniaki, wychodzące z kręgosłupa, dawały na rozmaitej wysokości rdzenia wgłębienia; największy jednak z nich w części szyjowej - powodował tak zupełne zniszczenie przekroju rdzenia, że dostatecznie tłumaczył kliniczne objawy zajęcia poprzecznego rdzenia, które spostrzegano w ostatnim okresie choroby — i które maskowały wpływ pozostałych, niżej położonych, wychodzących z kręgosłupa kostniaków. Rozpoznanie sprawy kręgowej wobec braku jakiejkolwiek bolesności i braku wyraźnego tyłozgięcia było zupełnie niemożliwe—charakter jednak nowotworu (kostniak, wychodzący z trzonu kręgu) dostatecznie tłumaczy nam możliwość braku bolesności i braku zmian w statyce kręgosłupa, jakkolwiek zaznaczyć należy, że w innych przypadkach (Bielschowsky'ego, Hermes'a) kostniak powodował i bolesność i garb.

Z objawów klinicznych na szczególne zaznaczenie zasługują zaburzenia czucia, które nosiły cechę wybitnego rozszczepienia. Rozróżniamy, jak wiadomo, w cierpieniach rdzenia dwie zasadnicze kategorje zaburzeń czuciowych: mianowicie, t. zw. typ pęczka tylnego, który daje zaburzenia czucia dotykowego i głębokiego oraz t. zw. typ rogu tylnego, przejawiający się w postaci zaburzeń czucia bólowego i cieplikowego. Za typ zaburzeń czucia pierwszej kategorji może służyć między innymi wiąd rdzenia, za typ drugiej kategorji syringomyelja. W przypadku naszym jak w tym ostatnim typie zaburzeń czuciowych mieliśmy pewne rozszczepienie—mianowicie przy dość słabo zaznaczonych zaburzeniach czucia bólowego — zupełne zniesienie czucia cieplikowego od dołu do II-ego żebra z przodu i grzebienia łopatki z tyłu. Nie wchodząc bliżej w patogenezę tych zaburzeń, które znajdują dostateczne wyjaśnienie w wybitnem zniszczeniu rogów tylnych II—IV odcinka szyjowego — pragnęlibyśmy tylko zwrócić uwagę na zwodniczość objawu rozszczepienia czucia, który niejednokrotnie prowadzi do błędnego rozpoznania syringomyelji. W przypadku Schlesinger'a spotykamy zupełnie niemal jednakowe rozszczepienie czucia, jak i w naszym. Przypadek ten, w którym najwyższe umiejscowienie ucisku ze strony kostniaka kręgosłupa również dotyczyło górnych odcinków szyjowych rdzenia, przedstawiał zresztą i pod innymi względami dokładną niemal kopję kliniczną naszego przypadku (porażenie 4-ch kończyn, zmiany źrenicowe, wybitne zaniki, wybitne przykurczenia kończyn dolnych). Przypadek niniejszy wyraźnie wskazuje, że i w uciskowych sprawach zewnątrzrdzeniowych możliwe jest typowe rozszczepienie syringomyelityczne. Jeszcze wybitniej zjawisko to występowało w innym przypadku, spostrzeganym na naszym oddziale, gdzie pomimo typowych za życia objawów syringomyelji (rozszczepienie czucia, zaniki mięśniowe i t. d.) sekcja wykazała zapalenie kręgów szyjowych gruźlicze.

Dodać należy, że spostrzeżenia nasze nie są odosobnione. Alquier pod nazwą „mal de Pott à forme syringomyelique“ opisał cały szereg przypadków sekcyjnych takiego zapalenia kręgów gruźliczego, przebiegających za życia pod postacią syringomyelji.

Na specjalną uwagę zasługuje następnie zachowanie się źre-

nic w naszym przypadku: przy zachowanem mianowicie oddziaływaniu na nastawienie i zbieżność oddziaływanie na światło było minimalne, przyczem źrenice były nierówne, słowem objaw Argyl-Robertson'a — jakkolwiek niezupełny. Wobec braku jakichkolwiek objawów mózgowych w naszym przypadku, wobec braku jakichkolwiek innych objawów zajęcia jąder nerwu okoruchowego, wobec faktu niewątpliwego, że sprawa—z natury dobrotliwa—ograniczała się jedynie do ucisku rdzenia ze strony kręgosłupa, wobec faktu wreszcie, że ucisk ten najwybitniejszy był w części szyjowej rdzenia i że zniszczone były właśnie te odcinki, w których pewna grupa autorów umiejscawia ośrodek rdzeniowy odruchu źrenicy na światło — przypadek niniejszy stanowić może cenny przyczynek do sprawy umiejscowienia rdzeniowego odruchu źrenicowego.

Jak wiadomo, sprawa umiejscowienia ośrodka odruchu źrenicy na światło dotychczas w nauce jest sporna. Z nowszych, spornych i mało prawdopodobnych teorji przypomnimy tylko teorję, umiejscawiającą ośrodek źrenicowy w mózgu, oraz teorję Marin'y, który go umieszcza w zwoju rzęskowym. Jedność panuje tylko co do istnienia w okolicy wzgórków czuciowych zamkniętego łuku odruchowego, pozostało jednak nie rozstrzygnięte, czy przyczyny nieruchomości źrenic należy doszukiwać się wewnątrz tego łuku odruchowego, czy też w głębiej leżących odcinkach mózgu lub rdzenia. Teorja rdzeniowa zbudowana była w r. 1881 przez Rieger'a i Forster'a jako przeciwwaga ogólnie dotychczas przyjętemu w nauce poglądowi, jakoby objawy oczne w wiądzie rdzenia zawsze musiały mieć swe anatomiczne umiejscowienie w mózgu. Badacze ci doszukiwali się w górnej szyjowej części rdzenia tego zachorzenia, które bezpośrednio oddziaływa na ośrodek, zwężający źrenicę, stopniowo niszcząc wpływ bodźców przeciwniczych, rozszerzających; ostateczna przyczyna nieruchomości źrenicy jest, według autorów tych, porażenie rozszerzających źrenicę włókien współczulnych, co bynajmniej nie zgadza się z wynikami nowszych badań doświadczalnych (Bumke). Bach i Meyer odcinali zwierzętom głowę na rozmaitych wysokościach szyi i stwierdzili, że nie wpływało to na odruch źrenicowy, który znikał dopiero wtedy, gdy przecięty był rdzeń przedłużony u rdzeniowego końca dołu równoległobocznego — (fossa romboidea). Podrażnienie

rdzenia przedłużonego wywołuje osłabienie odruchu świetlnego lub zupełną nieruchomość wraz z zwężeniem źrenicy, które przechodzą natychmiast w żywy odruch, jeżeli przeprowadzić cięcie przez dół równoległoboczny lub powyżej. Bach wyprowadza stąd wniosek, że blizko linji środkowej u rdzeniowego końca wspomnianego dołu znajduje się ośrodek świetlny źrenicy, a w jego bliskości ośrodek hamujący podniet, rozszerzających źrenicę, zaś w kierunku ośrodkowym w okolicy wzgórków czuciowych znajduje się jeszcze jeden ośrodek świetlny źrenicy — drugiego rzędu; nieruchomość źrenic zależy, według Bach'a, na przerwaniu drogi pomiędzy wzgórzem czworaczem a rdzeniem przedłużonym lub też, co rzadziej, na przemijającem podrażnieniu położonego tam ośrodka hamującego. Wobec tego jednak, że cięcia, które przeprowadzał Bach w swych doświadczeniach, trafiały nie sam rdzeń szyjowy, lecz miejsce tuż przy rdzeniu przedłużonym, że więc odłączony był cały rdzeń szyjowy od przedłużonego—przeto, według słusznych wywodów Bumke'go, doświadczenia Bach'a nie mogą być uważane za eksperymentalne potwierdzenie teorji rdzeniowej, jak na to powołują się jej zwolennicy (Wolff, Reichardt, Dreyfuss i inni).

Inaczej rozumuje Kreuzfuchs: starał on się dowieść, że istnieje odruchowe rozszerzenie źrenicy pod wpływem ciemności; łuk odruchowy przechodzi przez nerw trójdzielny do ośrodka rozszerzającego w rdzeniu szyjowym, teorji tej jednak przeczy fakt, że usunięcie bodźców rozszerzających, nawet drogą zupełnego zniszczenia odpowiednich włókien współczulnych, nigdy nie wywołuje odruchowej nieruchomości źrenic.

Dodać należy, że Trendelenburg i Bumke, powtarzając doświadczenie Bach'a i Meyer'a doszli do wręcz odmiennych wyników, zaś Bumke wypowiada zdanie, że zmiany materjalne, wywołujące nieruchomość źrenicy, nie są umiejscowione ani w rdzeniu szyjowym ani w rdzeniu przedłużonym, lecz zależne są od przerwy łuku odruchowego pomiędzy pierwotnym ośrodkiem wzrokowym a jądrem nerwu okoruchowego i że jednolitej przyczyny objawu Argyl-Robertson'a najprawdopodobniej wcale niema.

Wbrew jednakże opinji tej istnieje cały szereg faktów klinicznych, które nie pozwalają a limine odrzucić teorji rdzeniowej. Badanie Gaupp'a i Wolff'a wykazały mianowicie

że nieruchomość źrenic w wiądowych postaciach porażenia postępującego jest objawem bardzo częstym, w kurczowych natomiast bardzo rzadkim. Badacze ci oraz później Reichardt wykazali, że w przypadkach porażenia postępującego z nieruchomością źrenic istnieje zawsze zwyrodnienie pęczków tylnych. Reichardt próbował nawet dowieść, że odruchowa nieruchomość źrenic ma za swą podstawę anatomiczną zwyrodnienie wewnątrzpochodne t. zw. „pasa Bechterewa" (Bechterew'sche Zwischenzone) w jego odcinku ośrodkowym na wysokości od II-go do VI-go odcinka szyjowego — najwybitniejsze w III-im odcinku; w okolicy tej przebiegają włókna zewnątrzpochodne zstępujące i wstępujące, oraz włókna wewnątrzpochodne, mające, według Reichardt'a, w całości lub częściowo związek z odruchem źrenicy na światło.

Za teorją tą przemawiałoby istotnie wiele, gdyby nie fakt, że istnieją w piśmiennictwie, co prawda bardzo nieliczne, przypadki wiądu rdzenia (Fürstner'a, Kinischi Naka, Cassirer'a i Strauss'a i trzy Bumke'go), w których mimo odosobnionej nieruchomości źrenic badanie pośmiertne nie wykryło żadnych zmian w pęczkach tylnych części szyjowej rdzenia.

Pozostaje wreszcie jeszcze jedna — i, zdaniem naszem, najważniejsza kategorja przypadków, w których zupełnie przypadkowo umieszczona w rdzeniu szyjowym sprawa nowotworowa, próchnica, rana i t. d., wywołała odruchową nieruchomość źrenic na światło. Przypadki takie są bardzo nieliczne (Reichardt, Dreyfuss, Wolff, Schlesinger, Bumke) i nie wszystkie są pod tym względem miarodajne, gdyż w niektórych odruchowa nieruchomość źrenic nie była stwierdzona z dostateczną pewnością, w innych stwierdzona została podczas agonji, która sama przez się często powoduje nieruchomość źrenic bez żadnej określonej przyczyny w układzie nerwowym (Dreyfuss), w innych wreszcie ani dane kliniczne ani dokładne badanie anatomiczne nie wyłączyło zmian mózgowych (przypadek Wolff'a). Bądź co bądź jednak przypadki takie istnieją i nie można odmawiać im znaczenia. Do tej właśnie kategorji należy opisany przez nas przypadek; jakkolwiek dokładne badanie anatomiczne dotyczyło tylko rdzenia, jednakże brak jakichkolwiek objawów klinicznych, brak objawów okoruchowych,

pozwala w nim wyłączyć sprawę pozardzeniową; pozatem sam charakter sprawy patologicznej, wywołującej zmiany w rdzeniu, jest tego rodzaju, że z całą pewnością wyłączyć można zajęcie nerwów okoruchowych. Zaburzenia więc w oddziaływaniu źrenic w naszym przypadku zależne są prawdopodobnie od zmian w rdzeniu. Jeżeli zaś tak jest istotnie, to uderzający jest fakt, że w przypadku prawie zupełnej nie wiądowej i nie porażeniowej nieruchomości odruchowej źrenic — zniszczone były przez ucisk kostniaka właśnie ten sam obręb, w którym niektórzy badacze umiejscawiają przyczynę nieruchomości źrenic. Jest to tak uderzające, że przekracza granice przypadkowości i poważnie przemawia za możliwością umiejscowienia rdzeniowego ośrodka odruchu świetlnego źrenicy. Dalecy jesteśmy od przypisywania przypadkowi naszemu znaczenia rozstrzygającego, to tylko wynika z niego, że przy doszukiwaniu się ośrodka odruchu świetlnego źrenicy należy, w myśl hypotezy Rieger'a i Forster'a oraz teorji Reichardt'a, górnemu odcinkowi szyjowemu poświęcać szczególną uwagę.

Pozostaje nam jeszcze do wyjaśnienia brak odruchów z ścięgien Achilles'a, który spostrzegaliśmy przez cały czas trwania obserwacji. Badanie anatomiczne nie wykryło żadnych zmian w zakresie samego łuku odruchowego, nie mamy też żadnych danych, ażeby tłumaczyć powstawanie tego objawu na tle ogólnego charłactwa, gdyż odruchy kolanowe były równocześnie wybitnie wzmożone. Przypadki analogiczne próbowano w ostatnich czasach tłomaczyć sobie w myśl teorji Bastian—Bruns'a. Jak wiadomo wbrew dawniejszej regule, głoszącej, że sprawy rozlane umiejscowione w ponadlędźwiowych odcinkach rdzenia prowadzą zawsze do porażenia kurczowego ze wzmożonymi odruchami ścięgnowymi, wyprowadził i uogólnił Bastian na zasadzie swych badań wniosek, że niezupełne przerwanie ciągłości rdzenia w części szyjowej i górnej grzbietowej wywołuje u człowieka wzmożenie odruchów ścięgnowych, zaś zupełne zniszczenie przekroju — zniesienie tych odruchów łącznie z porażeniami wiotkiemi.

Ta hypoteza Bastian'a po ogłoszeniu przez Bruns'a przypadku, do którego dawała się zastosować we wszystkich punktach, została uznana przez większość badaczy (Dèjèrine, Marinesco, van Gehuchten, Bruns, Senator, Hoche, Winter, Sternberg, Nonne i inni), jakkolwiek

stała ona w sprzeczności z doświadczeniami na zwierzętach. Doświadczenia jednego z nas, dokonane na psach — jak zresztą i eksperymenty innych badaczy — wykazały, że przy wysokiem przecięciu rdzenia odruchy znikały tylko przejściowo, natomiast następczo występowały w sposób wzmożony. Wprawdzie i wyniki doświadczeń na zwierzętach, dokonanych przez rozmaitych badaczy—nie zawsze wypadały jednobrzmiąco, zgadzały się natomiast z sobą na tym punkcie, że zniesienie odruchów było tylko przemijające (Sherrington, Margulies, Kron, Łapiński).

Zjawiły się zresztą wkrótce i spostrzeżenia z patologji ludzkiej, które nie dają pogodzić się z hypotezą Bastian'a. Stwierdzono mianowicie, że odruchy ścięgnowe mogą być zniesione i przy niezupełnym zniszczeniu przekroju rdzenia. Z drugiej strony istnieją przypadki, wprawdzie podawane w wątpliwość przez zwolenników teorji Bastian'a, gdzie odruchy ścięgnowe były zachowane pomimo zupełnego przecięcia rdzenia w górnych odcinkach (Senator, Gerhardt, Bruner i inni). Kausch ogłosił przypadek, w którym podczas operacji doszło do zupełnego przecięcia rdzenia na wysokość VI-VIII-go odcinka grzbietowego, zaś odruchy ścięgnowe nietylko nie znikły, lecz przeciwnie były wzmożone.

Wszystkie tego rodzaju spostrzeżenia silnie zachwiały teoretycznem uzasadnieniem hypotezy Bastian'a. W przypadku naszym nie stosowaliśmy metody Bielschowsky'ego, nie możemy więc z całą stanowczością twierdzić, że przekrój był zupełnie zniszczony. Otóż klinicznie stwierdzono, przy zniesionych odruchach ze ściegien Achillesa, wybitnie wzmożone odruchy kolanowe. Sądzimy, że zanik odruchów ze ścięgna Achillesa w przypadku naszym tłumaczyć sobie należy jako objaw uciskowy na tle wzmożonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego; na ucisk ten właśnie łuk odruchowy dla ścięgna Achillesa jest najbardziej czułym odczynnikiem (zanik tych odruchów stały lub przejściowy w nowotworach tylnej jamy czaszkowej).

Rozbiór kliniczny niniejszego przypadku w zestawieniu z innymi analogicznymi w piśmiennictwie — doprowadził nas do wniosku, że rozpoznanie kostniaków kręgosłupa, uciskających rdzeń jako takich—przekracza granice klinicznej możliwości. Niema dostatecznie pewnych objawów, któreby pozwoliły odróżnić typ ten kliniczny ani od próchnicy kręgów (przypadek Herme-

sa) ani od nowotworu zewnątrzrdzeniowego (przypadek Bielschowsky'ego) ani nawet od rozlanych cierpień rdzenia natury przewlekłej (przypadek nasz).

Czy pewna charakterystyczna kombinacja początkowych objawów bólowych — z następczem rozszczepieniem czucia, porażeniem czterech, wzgl. dwóch kończyn, a co najważniejsza wybitnymi objawami przykurczenia zwłaszcza w mięśniach doprowadzających uda, powtarzająca się stereotypowo w kilku przypadkach (Schlesinger'a, Bielschowsky'ego, Hermes'a, naszym) —może stanowić pewną wskazówkę rozpoznawczą—na to odpowiedzieć może dopiero przyszły bogatszy liczebnie materjał kazuistyczny. Tymczasem budować na zespole tym rozpoznanie byłoby rzeczą przedwczesną i ryzykowną.

D-rowi Edwardowi Flatauowi składamy na miejscu tem serdeczne podziękowanie za pomoc i wskazówki w opracowaniu niniejszego przypadku.

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych „Kochanówka" pod Łodzią.

# Psychozy kiłowe pod względem klinicznym *)

podał W. CHODŹKO

lekarz naczelny szpitala „Kochanówka".

Sprawa psychoz kiłowych jako samoistnej grupy patologicznej została poruszona po raz pierwszy przez Wille'go w roku 1872 i od tego czasu nie schodzi już ani na chwilę z porządku dziennego obrad naukowych. Zajmuje się nią cały szereg wybitnych klinicystów, zaciekawia ona bowiem zarówno psychjatrów, jak i syfilidologów, o tyleż Krafft—Ebbinga, Kraepelina, Korsakowa, Erlickiego, Ziehena, Kleina, Wickela i innych, o ile Fournier'a i Lancereaux. Zdania różnych autorów co do samodzielnego stanowiska klinicznego psychoz kiłowych są b. rozmaite — spór o nie toczy się przeważnie łącznie ze sporem o pochodzenie kiłowe porażenia postępującego. Większość autorów przechyla się na stronę wyodrębnienia klinicznego psychoz kiłowych z pomiędzy postaci i odmian porażenia postępującego—do mniejszości, przeciwnej temu wyodrębnieniu, należy, między innymi, Erlicki. W ostatnich czasach Plaut, zaciekły zwolennik patogenezy kiłowej porażenia postępującego, na zjeździe dorocznym Związku Psychjatrów Bawarskich (w Monachium 1. VI.—1909 r.) wygłosił obszerny odczyt o psychozach kiłowych; jakkolwiek wskazuje (zresztą b. słusznie) cały szereg poważnych trudności w rozpoznawaniu różniczkowem psychoz kiłowych i porażenia postępującego, trudności, których niejednokrotnie wyjaśnić całkowicie nie mogą ani próba Wassermana, ani badania chemiczne i cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, jakkolwiek posuwa się nawet do twierdzenia (w jednym z poprzednich swoich od-

*) Rzecz przeznaczona na II Zjazd neurologów i psychjatrów w Kochanówce w dn. 16 maja 1910 r., przejrzana i uzupełniona.

czytów: „Lues—Paralyse Frage“), że zmiany anatomiczne w porażeniu postępującem są wprost zmianami kiłowemi, że porażenie postępujące nie jest sprawą meta-syfilityczną, ale jedynie pod działem cierpień kiłowych mózgu, to jednak uważa za konieczne, ze względów praktycznych, wyodrębnić psychozy kiłowe z pośród innych psychoz organicznych. Niezwykle mała ilość anatomicznie zbadanych przypadków psychoz kiłowych utrudnia niezmiernie ustalenie ich odrębnego charakteru. Jeżeli jednak uprzytomnimy sobie, że poważne prace anatomiczne Alzheimera, Fischera i innych, jak również świeżo ogłoszona ciekawa praca Spielmeyera (przypadek porażenia postępującego o bardzo krótkim—4 tygodniowym przebiegu u dotkniętej wiądem) stwierdziły z całą stanowczością typowy obraz anatomiczny porażenia postępującego, polegający na istnieniu w mózgu dwu równoległych spraw chorobowych, t. j. zmian nacieczeniowych w oponach i naczyniach obok jednoczesnych i niezależnych od pierwszych zmian zwyrodniających w obrębie komórek i włókien kory, że dowiodły (w przypadku Spielmeyera) możliwości istnienia wybitnych zmian zwyradniających tkanki mózgowej w tych okolicach kory, gdzie absolutnie wykryć nie można jakichkolwiek spraw nacieczenia—musimy się zgodzić, że obraz anatomiczny kiły mózgowej i psychoz kiłowych jest zasadniczo od porażenia postępującego odmienny.

Alzheimer twierdzi kategorycznie, że zmiany tkanki korowej w przypadkach kiły mózgowej idą zupełnie równolegle ze zmianami zapalnemi w oponach miękkich i w naczyniach mózgowia, że ubytki tkanki nerwowej są ściśle zależne od sprawy chorobowej w naczyniach i oponach odpowiednich i że nie znajdujemy tu takich masowych zaników włókien, jakie są właściwe porażeniu postępującemu. Ta bardzo ważna okoliczność, którą klinicyści podkreślają dotąd zbyt słabo, powinna stać się punktem wyjścia dla zwolenników całkowitej samodzielności klinicznej psychoz kiłowych.

Duże nadzieje na ułatwienie rozpoznawania psychoz kiłowych oraz różniczkowania między niemi a porażeniem postępującem obudziły nowe sposoby rozpoznawcze — badanie cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, badanie serodjagnostyczne sposobem Wassermanna, wreszcie badanie chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego sposobem Nonnego (odczyn globulino-

wy—okres. I); tym więc badaniom i wartości ich dla zajmującej nas sprawy musimy słów parę poświęcić.

Powiększenie ilości limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzić można zarówno w kile mózgowej, jako i w porażeniu postępującem, zjawisko to służyć zatem może tylko do odróżniania spraw syfilitycznych i meta-syfilitycznych w układzie nerwowym ośrodkowym od spraw innych. Z drugiej strony musimy pamiętać, że w przypadkach kiły mózgowej z przeważającem zajęciem naczyń ilość limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym może nie być zwiększona, a pozatem wiemy, że 40% wszystkich syfilityków okazuje zwiększoną ilość komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym bez żadnych wyraźnych zmian, klinicznie stwierdzonych w układzie nerwowym ośrodkowym (P l a u t) — wobec tego powinniśmy oceniać wyniki badania cytologicznego z pewną ostrożnością.

Badanie krwi metodą Wassermanna daje odczyn dodatni tak w porażeniu postępującem, jak i w kile mózgowej — odczyn dodatni we krwi zresztą może dowodzić tylko, że dany osobnik przebył kiłę; dla różniczkowania więc ma wartość przedewszystkiem odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jak wiadomo, podczas gdy płyn mózgowo-rdzeniowy dotkniętych porażeniem postępującem daje odczyn dodatni, w przypadkach kiły mózgowej odczyn Wassermanna wypada ujemnie. Z drugiej strony wiemy, że istnieje około 10% przypadków porażenia postępującego, w których badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna daje wynik ujemny, że, jak twierdzi N ä c k e, „w przypadkach klinicznie ustalonego porażenia postępującego, ze stwierdzoną kiłą w wywiadach i przy technice badania bez zarzutu odczyn Wassermana wypada naogół ujemnie, jakkolwiek w każdym razie wypadki takie są niezwykle rzadkie.“ Dyskusja, wywołana przez odczyt d-ra T o b y C o h n a („Kritische Bemerkungen zur praktischen Verwertung des Wassermannschen Verfahrens“) w Berlińskiem Towarzystwie Neurologiczno-Psychjatrycznem na posiedzeniu w d. 13 czerwca 1910 r. dała dobitny wyraz pewnemu rozczarowaniu co do wartości rozpoznawczej odczynu Wassermanna: L e w a n d o w s k y zaznacza, że doświadczeni badacze, np. Citron, otrzymywali dodatnie wyniki próby Wassermanna w przypadkach nowotworów złośliwych, kiedy kiła mogła być absolutnie wyłączona; w zakoń-

czeniu swego przemówienia wygłasza zdanie, że w stanie obecnym odczyn Wassermanna, obok wielu swoich zalet, wprowadza jednak do djagnostyki neurologicznej pewne znaczne trudności. Oppenheim parokrotnie zabiera głos w dyskusji i podnosi z naciskiem, że w przypadkach syfilisu mózgowego i mózgowordzeniowego odczyn Wassermanna nierzadko wypada ujemnie; tożsamo potwierdza Peritz i poczęści Ziehen.

Pod tym względem ciekawy jest przypadek, podany przez Plauta (w jego odczycie o psychozach kiłowych), w którym rozpoznano za życia kilak mózgu, na sekcji zaś stwierdzono w odpowiedniem miejscu glejak, a obok tego zapalenie kiłowe opon rdzenia—odczyn Wassermanna we krwi był ujemny! Wobec tak sprzecznych wyników badania metodą Wassermanna napozór przesadne zdanie Hoche'go, który w jednem ze swoich przemówień wyraził radość, że „mało zadawalniające wyniki badań krwi i płynu mozgowordzeniowego skłoniły do staranniejszej oceny stanowiska klinicznego"—zawiera niewątpliwie w sobie dużo słuszności; jest rzecz oczywista, że metoda ta nie zawsze może nam pozwolić na postawienie stanowczego rozpoznania w przypadkach wątpliwych.

Odczyn globulinowy Nonne'go (t. zw. Faza I) w płynie mózgowordzeniowym pozwala na odróżnienie rozpoczynającego się porażenia postępującego i wiądu od neurastenji z kiłą w wywiadach, ale nie różniczkuje rozpoznania między porażeniem postępującem i kiłą mózgu—wogóle, jak twierdzi Apelt, może być zużytkowany dla rozpoznania tylko w związku z całością obrazu chorobowego—pojedyńczo wzięty, nie rozstrzyga wątpliwości.

Świeżo ogłoszony przez Hauptmanna nowy odczyn biologiczny (metoda saponinowa), który daje zahamowanie hemolizy z płynem mózgowordzeniowym chorych na kiłę, wypada zaś ujemnie u chorych z porażeniem postępującem, mógłby przyczynić się do należytego postawienia sprawy rozpoznania różniczkowego obu tych spraw chorobowych, jest to jednak metoda jeszcze niedostatecznie sprawdzona.

Nicolas, Favre, Gautier i Charlet ogłosili niedawno wyniki swoich badań djagnostycznych nad szczepieniem śródskórnem wyciągu glicerynowego wątroby kiłowej syfilytykom w rozmaitych okresach choroby: odczyn skórny okazał

się najwybitniejszym w późnych okresach kiły—trzecio i czwartorzędnym—może więc stać się dzielnym środkiem pomocniczym w rozpoznawaniu kiły mózgowej.

Sezary i Paillard podali (w N. 9 „Semaine médicale“ z 1910 r.) pierwszy przypadek wykrycia za pomocą ultramikroskopu krętków bladych w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorej lat 33, która za życia przebyła kiłę z objawami ze strony układu nerwowego — porażenie połowicze, objaw Babińskiego,— stwierdzonemi w 6—12 miesięcy po zarażeniu.

Z powyższego krótkiego przeglądu dotychczasowych przedmiotowych sposobów badania wynika, że i nadal jednak postrzeganie kliniczne jest rzeczą nieodzowną i że dopiero łączenie ścisłego postrzegania klinicznego z przedmiotowymi sposobami badania może nam zapewnić dokładność w rozpoznawaniu i leczeniu psychoz kiłowych.

Wobec tego pozwalam sobie przedstawić ten materjał kliniczny przypadków psychoz kiłowych, jaki obserwowaliśmy, nasi poprzednicy i my, za cały czas istnienia Kochanówki, t. j., od września 1902 r. do maja 1910 r. Nie we wszystkich tych przypadkach, rzecz oczywista, mogliśmy posiłkować się nowoczesnemi metodami rozpoznawczemi, niemniej jednak, w przypadkach, pochodzących z czasów ostatnich, staraliśmy się, w miarę możności, zastosować te metody; przypadki dawniejsze zostały rozpoznane na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wieloletniej obserwacji i wywiadów następczych.

## Materjał kazuistyczny.

Za czas istnienia Kochanówki (od 17.IX. 1902 r. do 1. V. 1910 r.) zdołałem zebrać 14 przypadków psychoz kiłowych, które tu przytaczam w streszczeniu. *)

Przypadek I. Chory Leon B., lat 21, robotnik odlewni, katolik, — przyjęty do Kochanówki 10 lipca 1903 r.; obciążenia dziedzicznego niema, do kiły się nie przyznaje; na 4 lata

*) Przytaczane poniżej wyniki badania inteligencji niektórych chorych zostały opracowane według schematu Bernsteina przez starszego ordynatora szpitala kol. Kopcińskiego; badania metodą Wassermanna oraz badania cytologiczne były dokonywane w pracowni szpitalnej przez ordynatora szpitala kol. Sokołowskiego. — Część badań krwi metodą Wassermanna została dokonana w pracowni d-ra Serkowskiego w Warszawie i d-ra Silberstroma w Łodzi dzięki uprzejmości ich kierowników.

przed przybyciem do Kochanówki uraz głowy z utratą przytomności i następczym wyciekiem ropnym z ucha. Choroba umysłowa rozpoczęła się na 1½ miesiąca przed przybyciem do szpitala: chory był podniecony, mało sypiał, mało jadał, uciekał z domu. Przywieziony do Kochanówki 10. VII. 1903 r. związany, w stanie gwałtownego podniecenia: zupełna dezorjentacja (nie poznaje najbliższej rodziny), wyraz twarzy wystraszony i bolesny, silne podniecenie ruchowe, bezład myślowy, ciepłota wzmożona (do 37,6°); źrenice maksymalnie rozszerzone, równe, z upośledzonem oddziaływaniem na światło; — odruchy kolanowe wzmożone, obustronny objaw stopowy. W pierwszym tygodniu pobytu w szpitalu chory się zanieczyszczał, cierpiał na uporczywą bezsenność; w ciągu następnych tygodni — stałe podniecenie, bezład myślowy oraz b. silne bóle głowy; do 30. VII 1903 r. podniesienie ciepłoty, nie przekraczające 38°. W dniu 29. VIII 1903 r. wystąpiły silnie powiększone gruczoły pachwinowe, uciskające żyły obu kończyn dolnych — zastosowano leczenie swoiste mięszane; po paru dniach gruczoły zmniejszyły się, stan psychiczny zaczął się poprawiać. Pod koniec września 1903 r. nastąpiło zupełne uspokojenie, powróciła orjentacja i krytycyzm; chory uskarża się na bóle głowy, bóle krzyża, palenie i drętwienie we wszystkich kończynach, szczególniej prawostronnych, na bóle w końcach palców, silniejsze na prawej ręce, niedokładne odczuwanie przedmiotów i niemożność odróżniania przedmiotów zimnych od gorących. Przedmiotowo stwierdzono: rozszczepienie czucia w prawej kończynie górnej, odruchy kolanowe wzmożone, objawu stopowego niema; źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, na światło oddziaływują niedostatecznie. Chory zajął się pracą, pozostając w szpitalu—pracował chętnie i zręcznie, jako tapicer i introligator. W ciągu 1905 r. kilkakrotne napady kolki wątrobianej; w lipcu 1905 r. wystąpiły bóle i drętwienia w prawej ręce; czucie skórne zachowane, źrenice nierówne, słabo oddziaływują na światło. W ciągu 1906, 1907 i 1908 r. chory pozostawał w szpitalu, nie okazując żadnych poważniejszych zmian psychicznych. Wykonana w d. 18. I. 1909 r. reakcja Wassermanna wypadła we krwi dodatnio (w pracowni d-ra Serkowskiego w Warszawie). Chory z przestankami bierze jod i otrzymuje co pewien czas serje wcierań maści szarej; dość często uskarża się na bezsenność i osłabienie ogólne, jest wogóle łatwo pobudliwy. Badanie 16. VII 1910 r. wykazało: źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziaływują na światło, przytem prawa słabiej, niż lewa; niedowład prawego nerwu twarzowego; odruch z kości promieniowej silniejszy po stronie prawej; odruchy kolanowe obustronnie wzmożone; odruchy podeszwowe: po stronie

prawej nieruchomość palucha, po lewej—zgięcie. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (2. VIII. 1910 r.) wykazało: postrzeganie, pojmowanie, uogólnianie oraz zdolności kombinacyjne zupełnie zachowane; krytyka i zdolność zapamiętywania cokolwiek upośledzone, uwaga — osłabiona, kojarzenia — ubogie, reakcja ruchowa nieco zwolniona; inteligencja zatem naogół nieznacznie upośledzona.

W chwili obecnej (sierpień 1910) chory w dalszym ciągu znajduje się w Kochanówce; od dłuższego już czasu zajmuje stanowisko magazyniera szpitalnego i wywiązuje się dobrze ze swoich dość złożonych obowiązków.

Rozpoznanie psychjatryczne: Psychosis luetica, status amenticus; anatomiczne prawdopodobnie: Meningitis basilaris et spinalis luetica subacuta. Zasługuje na podkreślenie postrzegana w przebiegu cierpienia zmienność w zachowaniu się źrenic. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny.

Przypadek II. Antoni Kl., lat 51, rymarz, katolik, przyjęty do Kochanówki 17 czerwca 1905 r.; obciążenia dziedzicznego niema; przechodził kiłę, był leczony. Na 2 lata przed przybyciem do Kochanówki zaczął cierpieć na bóle głowy, wzrok osłabł, usposobienie stało się przygnębione; przyjęty do szpitala fabrycznego Towarzystwa Akc. „K. Scheibler“ w Łodzi w dniu 9. II. 1905 r. w stanie „nieprzytomnym”, mówił z trudnością, zaledwie mógł stąpać — w szpitalu stwierdzono zmiany na dnie ocznem („rozszerzenie żył”), bóle głowy, zawroty głowy, wymioty, tętno 56; zastosowano zastrzykiwania podskórne rtęci i jod do wewnątrz; stan chorego szybko się poprawił, przybyło mu 10 funtów na wadze, 28. III. 1905 r. wypisał się „prawie zdrowy“; w dn. 20. V. tegoż roku znowu powrócił do szpitala Scheiblerowskiego, zkąd przewieziono go do Kochanówki. 20. VI. 1905 r. Chory uskarża się na ból głowy i „mgłę“ przed oczyma; w sytuacji swojej orjentuje się słabo, nie wie, gdzie się znajduje obecnie; ruchy gałki ocznej lewej w stronę lewą zniesione (porażenie n. odwodzącego), mowa powolna z odcieniem nosowym, niedowład lewej ręki i nogi, odruch kolanowy lewy silniejszy, niż prawy. 22. VI. 1905 r. chory uskarża się na dwojenie w oczach. Dalszy przebieg choroby nie notowany. Chory zmarł w Kochanówce 1 lipca 1907 r. Wynik badania pośmiertnego nie zanotowany.

Rozpoznanie prawdopodobne: psychjatryczne—Psychosis luetica—status amenticus; anatomiczne — Meningitis basilaris luetica.

Przypadek III. Chory Hieronim W., lat 31, robotnik fabryczny, katolik, przyjęty do Kochanówki 29 lipca 1905 r. Ojciec chorego — pijak nałogowy; chory przebył kiłę na 4 lata

przed przybyciem do szpitala, leczony był niedokładnie; choroba umysłowa rozpoczęła się w kwietniu 1905 r. — bóle i zawroty głowy, osłabienie pamięci, osłabienie ogólne, senność; w maju 1905 r. napad silnego podniecenia: chory rozbierał się do naga, gonił ludzi po podwórzu—podniecenie to trwało jeden dzień, poczem znowu wystąpiły zawroty głowy i senność. W dniu 11. VIII. 1905 r. (w Kochanówce) — wieczorem wymioty, nazajutrz rano ciepłota 38,2$^0$, świadomość przyćmiona, na pytania nie odpowiada, przewraca się na łóżku z boku na bok, zanieczyszcza się.

13. VIII. 1905 r. znaczne osłabienie, chód bezwładny, odruchy kolanowe wzmożone, obustronny objaw stopowy, objaw Romberga; 14. VIII nietrzymanie moczu; od 6. VIII do 12. VIII pierwsza serja wcierań szarej maści; 15. VIII. nie zanieczyszcza się, chodzi lepiej, odruchy kolanowe wzmożone, objawu stopowego niema; 25. VIII chory nie wie, gdzie się znajduje, jaki jest rok, jaki miesiąc, jaka pora roku, nie wie, co następuje po wiośnie, w jakiej fabryce pracował, nie może trafić do swojego łóżka, do ustępu, zanieczyszcza się. W ciągu roku 1906 i 1907 przebieg choroby nie notowany. W ciągu całego roku 1908 chory zachowywał się zupełnie spokojnie, był apatyczny, sypiał dobrze, orjentował się dobrze; sporadycznie męczyły chorego bóle i zawroty głowy, czasami z towarzyszeniem wymiotów, które trwały całemi tygodniami i nie dawały się opanować zwykłymi środkami przeciwwymiotnymi; co kilka miesięcy zjawiały się napady czkawki, trwające po kilka dni zrzędu i silnie wyczerpujące chorego. Próba Wassermanna we krwi, wykonana w d. 18. I. 1909 roku w pracowni d-ra Serkowskiego, dała odczyn dodatni. Badanie dnia 29. I. 1909 r.: źrenice nierówne, lewa szersza od prawej, oddziaływują słabo na światło, odruchy kolanowe wzmożone, objaw Romberga, chód bezładny. Wypisany 31. I. 1909 r. z poprawą.

Nie mogąc znaleźć zajęcia w Łodzi, chory wkrótce po wypisaniu zgłosił się do Kochanówki i prosił o przyjęcie go do roboty przy szpitalu; w obecnej chwili chory pracuje w ogrodzie szpitalnym.

Badanie w lipcu 1909 r.: źrenice — lewa szersza od prawej, oddziaływują żywo na światło; odruchy kolanowe znacznie wzmożone, objaw Romberga, objaw Babińskiego po stronie lewej, objaw mostkowy obustronny, silniejszy po stronie lewej; odruch brzuszny lewy słabszy od prawego. Jesienią 1909 r. chory przez parę tygodni znajdował się w stanie znacznego przygnębienia, leżał w łóżku, ujawniał bredzenie prześladowcze, zachowywał się nieufnie względem lekarzy.

Badanie 16 lipca 1910 r.: źrenice wąskie, nierówne, lewa szersza od prawej, na światło oddziaływują dobrze, odruchy kolanowe wzmożone.

Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (28. VII.

1910 r.) wykazało: odpoznawanie, postrzeganie, pojmowanie i uogólnianie dobre, zdolności kombinacyjne nieco upośledzone, zdolności krytyczne zachowane, uwaga — słaba, zapamiętywanie dobre, kojarzenia bardzo ubogie, reakcja ruchowa zwolniona—inteligencja zatem naogół nieznacznie upośledzona.

Rozpoznanie: psychjatryczne—Psychosis luetica, status amenticus, status paranoides; anatomiczne — Meningitis basilaris et Meningitis convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek IV. Aniela Th., lat 48, mężatka, katoliczka, przyjęta do Kochanówki 1 lutego 1906 r. Matka chorej sparaliżowana; przed 16 laty u chorej wystąpiły objawy kiły — chora odbyła czterokrotną kurację swoistą w Busku. W początkach marca 1905 r. wystąpiły bóle głowy — po zastosowaniu elektryzacji pojawiły się lekkie bredzenia prześladowcze; w maju 1905 r. podniecenie, bezład myślowy, omamy; w ciągu 2 następnych miesięcy rozwinęły się bredzenia wielkości: chora twierdziła, że jest świętą, Matką Boską, że poczęła za pośrednictwem Ducha św., jednocześnie uskarżała się, że jest oszukiwaną, okradaną; wystąpiły omamy słuchowe i węchowe.

W Kochanówce (3. II. 1906 r.) chora ujawnia bredzenia wielkości i prześladowcze ze skłonnością do systematyzacji obok zupełnie krytycznego poglądu na początek swojej choroby umysłowej. Swoje bredzenia wielkości chora często cofa; mówi np. do lekarza: „jeżeli jestem Matką Boską, to nie należy o tem wcale mówić i zachować to trzeba w tajemnicy, gdyż ludzie tego nie uszanują i Pan może to zlekceważyć albo i zażartować z tej tajemnicy, a jeżeli nie jestem Matką Boską, to również niema co o tem wspominać"; chora czuje się zmęczoną dłuższem badaniem i prosi o odłożenie go. 7. III. 1906. Chora opowiada dokładnie o początkach swojej choroby, pobycie w zakładzie d-ra Chomętowskiego, swoje przeczucia co do cudownego poczęcia nazywa chorobliwemi: jest to takie samo „plecenie", jak tu czasem plotą inne chore. 8. III. 1906 r. chora opowiada, że ma tu zawziętych wrogów, czychających na jej życie, ale jest pewną, że starszy lekarz nie pozwoli, aby ją tu zabito, albo otruto; zresztą nic jej się stać nie może, gdyż ma nad sobą „wyższą opiekę" na niebie i na ziemi. 12. III. 1906. Omamy słuchowe. 30. III. 1906. Chora umiarkowanie wesoła, wyraża zadowolenie ze szpitala i wdzięczność lekarzom za jej wyleczenie; w zachowaniu się i w rozmowach nie zdradza nic wybitnie chorobliwego, razi jedynie wyniosłość, z jaką traktuje wszystkich. Chora została wypisaną z Kochanówki 30. III. 1906 r. w stanie znacznej poprawy. Przyjęta do Kochanówki powtórnie 5 lipca 1908 r. Badanie: źrenice jednakowej szerokości, odziaływują żywo na

światło; mowa bez zboczeń; lekki objaw Romberga; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch promieniowy po stronie lewej zniesione; odruch ze ścięgna Achillesa po stronie lewej zniesiony. Przebieg: usposobienie chorej zmienne,—raz jest bardzo uprzejmą dla lekarza wizytującego, to znowu wymyśla na niego w sposób najnieprzyzwoitszy, grozi oblaniem go wodą, albo moczem; innym razem milczy uporczywie, jak gdyby obrażona; wypowiada bredzenia prześladowcze: otoczenie całe krzywdzi ją i dokucza, lekarz szczepi wszystkim chorym choroby zaraźliwe, jakaś rodzina P. w niezrozumiały dla chorej sposób szpiegują ją, aby mieć materjał do plotek; obok tego występują dość oryginalne bredzenia wielkości: chora twierdzi np., że, jeżeli wyrwie sobie włosek z nosa, to wszystkie chore na sali zaraz się uspakajają. 14. VIII. 1908 r. chora, zwracając się do lekarza, tytułuje go „Pani“ albo „siostro“, słyszy głosy ptaków, które jej mówią, że lekarz jest kobietą; po dłuższem rozpytywaniu chora oświadcza: „małoż to głosów dochodzi z korytarza? otóż ja słyszę, że tam mówią o Panu, że Pan jest pani“. 22. IX—5. X. 1908 r. Chora wypowiada dużo bredzeń, dość stałych, ale nie usystematyzowanych: cierpi za grzechy swoich sióstr, ktoś stale się nią opiekuje, każdy jej krok jest obserwowany zdaleka przy pomocy ptaków; rozmaite osoby rzucają na nią coś w rodzaju uroków; wymyślania innych chorych wchodzą w nią przez usta i nos; 18. I. 1909 r. próba Wassermana we krwi wypadła prawie dodatnio ($\pm$) — w pracowni d-ra Serkowskiego; 24. V. 1909 r. Chora pozwala się zbadać: źrenice oddziaływują na światło, odruchy kolanowe żywe, objawu Romberga niema; zachowanie się i usposobienie chorej zmienne, bredzenia, jak poprzednio. W czerwcu 1909 r.: chora twierdzi, że lekarz i dozorczyni chcą jej wejść do żołądka, okradają ją ze wszystkiego, nawet z inteligencji, ale będą za to ukarani, bo jest opieka, która czuwa nad nią zdaleka, widzi i słyszy wszystko przez ściany; wyraźne omamy słuchowe; chora stale wyrywa sobie włosy na głowie i ciele—czyni to, jak twierdzi, dla dobra ludzkości, gdyż w ten sposób dodaje zdrowia rozmaitym osobom; chora o sobie mówi zawsze w trzeciej osobie, dodając zaraz: „ona albo ja“; lekarzy prawie stale tytułuje „pani“, albo „siostro“; jednocześnie stwierdzić można, że chora doskonale orjentuje się w sytuacji, posiada chwilami poczucie choroby i pamięć ma doskonale zachowaną. W marcu 1910 r. lekki napad udarowy z utratą mowy w ciągu jednego dnia (bez utraty przytomności). Badanie inteligencji według schematu Bernsteina (28. IV. 1910) wykazało: postrzeganie dobre, pojmowanie znacznie upośledzone, uogólnianie—dobre, zdolności kombinacyjne, krytyka, uwaga i zapamiętywanie—upośledzone, kojarzenia dość ubogie, reakcji ruchowej zbadać nie udaje się—inteligencja chorej wykazuje zatem znaczne upośledzenie. Próba Wassermanna we krwi, wykonana w pracowni szpitalnej 28. IV.

1910 r., wypadła ujemnie — nakłucia lędźwiowego chora nie pozwoliła wykonać. Badania cielesnego chorej również nie daje się przeprowadzić. W ciągu powtórnego pobytu chorej w Kochanówce zastosowane zostało leczenie swoiste, które jednak nie wywarło wpływu na stan psychiczny chorej.

R o z p o z n a n i e: psychjatryczne—Psychosis luetica, status status amenticus, status paranoides; anatomiczne (prawdopodobne) —Meningitis convexitatis luetica chron. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

P r z y p a d e k V. Chory Otto D., lat 22, buchalter, ewangelik, przyjęty do Kochanówki 23 lutego 1905 r. Ojciec chorego zwyrodniały; chory przechodził kiłę na 1½ roku przed przybyciem do Kochanówki i był leczony wcieraniami maści szarej oraz zastrzykiwaniami; choroba umysłowa rozpoczęła się w sierpniu 1904 r. od silnego podniecenia i podwyższenia ciepłoty (39,4°); gorączka trwała jakoby przez 12 tygodni i nie przekraczała 38°; gwałtowne podniecenie trwało w ciągu 5 dni w początkach choroby, a po spadku ciepłoty—przez jeden dzień; w czasie choroby pacjent jakoby orjentował się dobrze, ale był apatyczny, mocz i kał oddawał pod siebie i okazywał znaczne osłabienie wszystkich kończyn; w dwa tygodnie po spadku ciepłoty zauważono porażenie prawego nerwu twarzowego, wystąpiły bredzenia; w grudniu 1904 r. gwałtowne podniecenie: chory widział w kościele Pana Boga. Utrzymuje, że jest bardzo bogaty, wybiera się w podróż do Japonji, twierdząc, że przyczyni się do zwycięstwa rosjan. Przebieg choroby nie notowany; chory został wypisany z Kochanówki 26 kwietnia 1905 r. z poprawą — rozpoznanie brzmiało: „paralysis progressiva". Po wypisaniu chory pracował nieco w domu, ale z dużemi przerwami, wpadał często w rozdrażnienie, bił chorego, przykutego do fotela, brata, wymyślał matce, ciągle planował ożenienie się.

Przyjęty do Kochanówki powtórnie 17 września 1907 roku. Badanie: ź r e n i c e r ó w n e, l e w a o n i e p r a w i d ł o w y c h z a r y s a c h, o d d z i a ł y w u j ą n a ś w i a t ł o; o d d z i a ł y w a n i e ź r e n i c s z y b k o s i ę w y c z e r p u j e; wyrazy próbne wymawia z pewną trudnością, za trzecim, czwartem powtórzeniem wymawia zupełnie dobrze; objaw Romberga; nieznaczna niezborność kończyn górnych; odruchy kolanowe zachowane; język zbacza naprawo, prawa fałda noso-wargowa nie zaznacza się. Orjentacja dobra, pamięć dobra, poczucie choroby jest. Bredzenia: — chory mówi: „zdaje mi się, że po mojej śmierci świat się odrodzi, jak po śmierci Chrystusa. J a k b l i ż e j p o m y ś l ę, to mi się zdaje, że to nie może być, jednakże wszystko jest w woli Boga. Nie wiem napewno, czy mnie prześladują, ale mi się zdaje, że dr. L. (jeden z chorych) nie jest w szpitalu z powodu edilepsji, lecz obserwuje mnie i bada, w jaki to sposób będzie

ze mnie Mesjasz". Bredzenia wielkości o charakterze religijnym są niestałe, trwają zaledwie po kilka dni, potem chory ich się zupełnie wypiera; po jakimś czasie bredzenia wypływają znowu w zmienionej nieco postaci; swoje urojenia prześladowcze odnosi chory do lekarzy, do swojej rodziny i do niektórych najbliższych sąsiadów na sali — są one również zmienne, ale powracają dość często. Poczucie choroby jest równie zmienne—często sam przyznaje, że jest chory i powinien się leczyć, uskarża się, że niema dla niego lekarstwa, to znowu twierdzi, że wcale nie jest chory, a lekarze trzymają go w Kochanówce jako okaz, którym mogliby się pochwalić; chory jest przekonany, że w obecnym stanie zdrowia może się żenić, oświadcza się oficjalistkom szpitalnym, pomimo tego, że, jak twierdzi, ma narzeczoną w Łodzi. Naogół zachowuje się spokojnie, czyta dużo, przeważnie książki religijne, psalmy, ewangelje; 2—3 razy na miesiąc wpada w podniecenia, wymyśla lekarzom, nazajutrz jednak uroczyście ich przeprasza. Chory stale się onanizuje, martwi się, że nie może się oprzeć temu nałogowi, jednocześnie zaś przejawia wzmożony popęd płciowy. Przyjmuje chętny i żywy udział we wszystkich zabawach szpitalnych, prowadzi b. dobrze tańce, śpiewa dowcipne kuplety i piosenki, występuje w przedstawieniach amatorskich. Otrzymawszy pewną swobodę ruchów, pracuje przez kilka miesięcy w ogrodzie, następnie nagle porzuca pracę, motywując to nieotrzymywaniem pensji od szpitala i wyzyskiem jego pracy ze strony lekarzy; korzystając z wolnego wyjścia, wpada do mieszkań prywatnych i rzuca się na kobiety z personelu służbowego w celach gwałtu. W dn. 18. I. 1909 r. wykonana próba Wassermanna we krwi (pracownia d-ra Serkowskiego) dała wynik nieokreślony ($\pm$). Badanie w dn. 31. I. 1909 r. Odruchy kolanowe: lewy słaby, prawy zniesiony; niewyraźny objaw Babińskiego po stronie prawej; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch promieniowy—zniesione; kończyny prawe słabsze, niż lewe. 15. V. 1909 r. Chory otrzymał 30 zastrzyknięć atoksylu po 0,2—odruchy kolanowe występują obustronnie, lewy nieco silniejszy od prawego, objawu Babińskiego niema; źrenice rozszerzone, równe, oddziaływują żywo na światło. Chory uważa się za powołanego do nauczania ludzi w duchu religijnym, prosi o udzielenie mu sali na wygłoszenie kazania do chorych, obawia się jednak, aby go nie zrobiono Mesjaszem i nie ukrzyżowano; podejrzewa lekarzy o intrygi w tym kierunku; wpada często w rozdrażnienie. Chory prosił kilkakrotnie o wykonanie na nim kastracji, gdyż podniecenie płciowe, zmazy nocne i onanizm męczą go, — bardzo szybko jednak odstępuje od tego projektu. 1. IX. 1909 r. Będąc na urlopie u matki, chory wystarał się o posadę w biurze asekuracyjnem w Kaliszu i przez miesiąc pełnił tamże z powodzeniem czynności kancelisty; wskutek ciągłego zaczepiania kobiet na ulicach chory został odesłany do Kochanówki.

25. IX. 1909 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina wykazało: postrzeganie, pojmowanie, uogólnianie, zdolności kombinacyjne, krytyka zupełnie zachowane, uwaga, upośledzona, zdolność zapamiętywania — prawidłowa, kojarzenia — dość obszerne, reakcja ruchowa —prawidłowa (6 sekund), inteligencja zatem naogół nieupośledzona. Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziaływują żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone; odruchy podeszwowe: z prawej strony nieokreślony, z lewej — zgięcie palców; język zbacza wprawo, niedowład prawego nerwu twarzowego, objaw mostkowy występuje po stronie prawej. 4. VI. 1909 r. badanie metodą Wassermanna wykazało we krwi odczyn dodatni, w płynie mózgowo-rdzeniowym — odczyn ujemny; 1 $mm^3$ płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdzono 40 limfocytów. W końcu listopada 1909 r. wystąpiło podniecenie i bredzenia prześladowcze. 23. XII. 1909 r. Bredzenia chorego o charakterze prześladowczym są coraz gwałtowniejsze, są one przeważnie treści religijnej,—występują również bredzenia interpretacyjne, wybitny egocentryzm; jednocześnie podniecenie płciowe wzmaga się. 6. II. 1910 r. Chory zupełnie się uspokoił, bredzenie wypowiada rzadko i oględnie; w czasie dorocznej zabawy kostjumowej z ożywieniem prowadzi tańce, przebiera się za murzyna, jest wesoły, dowcipny. 26. III. 1910 r. Chory w Wielką Środę był u proboszcza katolickiego w pobliskim miasteczku i proponował mu rozpoczęcie wspólnej propagandy nowej religji, którąby pozwalała księżom żenić się: wszystkie istniejące religje nie zadawalniają go; chory zachowuje się zupełnie spokojnie. 16. VII. 1910 r. Źrenice nierówne, lewa szersza od prawej, na światło oddziaływują żywo; odruchy kolanowe zachowane. Chory jest zupełnie spokojny, bierze chętny i czynny udział w próbach teatru amatorskiego; chory nadzwyczaj żywo interesuje się nowym preparatem Ehrlicha, („606") i prosi o jaknajszybsze rozpoczęcie leczenia tym środkiem. Rozpoczęto stosowanie wcierań szarej maści (à 3,0). 26. VII. 1910 r badanie metodą Wassermanna wykazało we krwi odczyn dodatni (+). Chory w dalszym ciągu znajduje się w Kochanówce, czyta dość dużo, grywa na cytrze, zajmuje się stale podlewaniem kwiatów naokoło pawilonu.

Rozpoznanie psychjatryczne: Psychosis luetica — status amenticus, (w początkach choroby), status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (pierwotnie) i irytacyjny.

Przypadek VI. Chory Wacław B., lat 29, urzędnik kolejowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 5 stycznia 1906 r.; dane dziedziczne niewiadome; chory przed 6 laty przebył kiłę,

źle leczoną; nadużycia płciowe i pijaństwo; skłonność do perwersji płciowej; od 3 lat zauważono u chorego zdenerwowanie, roztargnienie, zamyślenia. Badanie 5. I. 1906 r. Źrenice równe, oddziaływują na światło słabo; drżenia niema; w mowie nieprawidłowości niema; odruchy ścięgnowe zachowane, zaburzeń czucia niema; na prawej wardze górnej owrzodzenie (jakoby kiłowe), nie gojące się. Chory zupełnie spokojny, łagodny i uległy; mówi, że doprowadził się do ciężkiej choroby przez lekkomyślne życie, wie, że z tej choroby już nie wyjdzie, bo ma „paraliż mózgu", nie dowierza pocieszaniom lekarza i dziwi się, że lekarze nie trują takich nieuleczalnych, jak on, chorych; rozpacza, że siostra, mieszkająca w Kijowie, zmartwi się niesłychanie wiadomością o jego pobycie w Kochanówce. 8. I. 1906 r. Zaczęto stosowanie wcierań szarej maści — chory prosi o przyśpieszenie leczenia i wypowiada mniej rozpaczliwe poglądy na stan swojego zdrowia. 20. I. 1906. Sypia dobrze, czuje się dobrze, pozostaje na wolnej stopie, mieszka po za pawilonem. 11. II. 1906. Uskarża się na bóle głowy. 14. II. 1906. Bezsenność, rozdrażnienie; chory płacze, wątpi o swojem wyzdrowieniu, rozpacza nad losem siostry, daje się zauważyć bezład myślowy. 15. II. 1906. Źrenice nierówne, lewa o połowę szersza od prawej, oddziaływują b. słabo na światło, dobrze na nastawienie, język zbacza na prawo, prawa fałda noso-wargowa zniesiona; drżenia warg, języka i rąk niema; odruchy ścięgnowe zachowane, zaburzeń czucia niema; na twarzy, głowie, szyi i górnej połowie tułowia drobna wysypka krwiotoczna. W nocy chory zanieczyścił się, był bardzo podniecony, rzucał się gwałtownie w łóżku siatkowem, nie orjentował się zupełnie; od czasu do czasu wykrzykuje tonem oburzenia, jak gdyby słyszał jakieś zniewagi: „coo? coo?“, mówi dalej: „zginęła cała ludzkość, moja choroba jest już nieuleczalna, najlepiej dać mi suchą wannę, jeżeli to nie będzie bolało“; „panie doktorze, ja już mam konwulsje“—przytem zatrzymuje oddech i zaczyna potrząsać głową, ale przestaje zaraz, jak mu się powie, że źle udaje; mówiąc o siostrze, albo o swojej chorobie, płacze, załamuje ręce, chowa głowę w poduszkę; orjentacja co do czasu i miejsca niedostateczna. 16. II. 1906 r. bezład myślowy potęguje się, wysypka blednie. 21. II. 1906 r. deklamuje powłosku, mówi jakieś niezrozumiałe wyrazy, nie rozumie najprostszych pytań; odwiedzającej go siostry i kolegi nie poznaje, jednakże zaczyna płakać i, płacząc, deklamuje. 28. X. 1906 r. Chory domaga się wypisania ze szpitala, jest już zdrów, wyleczony. 2. VIII. 1907 r. wypisany w stanie zdrowia (rozpoznanie pierwotne—zwolnienie w porażeniu postępującem). Po wypisaniu z Kochanówki chory powrócił do zajęcia na kolei. Pod datą 14. VII. 1910 r. otrzymaliśmy od niego list, zadawalniający tak pod względem stylu, jak i ortografji, w którym pisze: „po wyjściu z zakładu odpoczy-

wałem jeszcze pół roku, a później, wyjechawszy do Warszawy, czując się zupełnie dobrze i czując nieprzepartą chęć do pracy, otrzymałem posadę w biurze Wydziału... Drogi Żelaznej..., gdzie do chwili obecnej pracuję, wokonywając obowiązki bez zarzutu; jednem słowem, czuję się zupełnie dobrze, lecz może to zawdzięczając niepaleniu i nieużywaniu trunków, a także wogóle hygienicznemu postępowaniu".

Rozpoznanie: psychjatryczne — Psychosis luetica, status amenticus, paranoides, hypochondricus; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica subacuta.

Objawy psychopotologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek VII. Chory Józef W., lat 39, b. maszynista fabryczny, katolik, przyjęty do Kochanówki 31 sierpnia 1902 r. z rozpoznaniem „Melancholia agitata" — historja choroby zaginęła; wypisany ze znaczną poprawą 14 czerwca 1905 r. — rozpoznanie przy wypisaniu brzmiało: „paralysis progressiva". Po powrocie do domu chory zajmował się ogrodnictwem; zachowywał się naogół spokojnie, choć halucynował, (słyszał „głosy"), sypiał źle. Od wiosny 1907 r. zaczął się podniecać, rzucał się na matkę, posądzając ją, że głosy słyszane od niej pochodzą, bił często żonę; wódki nie pił, palił b. dużo papierosów. Przyjęty do Kochanówki powtórnie 14 października 1907 r. Badanie 26.II 1908 r. źrenice równe, oddziaływują na światło; odruchy kolanowe wzmożone; odruchy podeszwowe: prawy prawidłowy, lewy — okazuje niewyraźny ruch wyprostny palucha; drżenie języka; zaburzeń mowy niema; na podniebieniu, po obu stronach linji środkowej, dwie niewielkie, owalne, głęboko wciągnięte blizny; obszerne niegojące się owrzodzenie na przedniej powierzchni goleni prawej pochodzenia kiłowego (D-r Golc). Chory uskarża się na bóle w nodze prawej; dawniej, jak mówi, bolała go często głowa. Orjentacja i pamięć naogół dobra; prostsze rachunki wykonywa dobrze. 27.VII 1908 r. źrenice nierówne — prawa nieco szersza od lewej, zarysy źrenic nieprawidłowe, źrenice oddziaływują żywo na światło; odruchy kolanowe żywe; niewyraźny objaw Babińskiego z lewej strony; słabe drżenie języka i rąk; w mowie zboczeń niema. 18.VIII 1908 r. poczucie choroby niedostateczne; niejasne bredzenia prześladowcze; bredzenia wielkości nieokreślone: „sam jestem Bóg"—potem dodaje: „my tu wszyscy bogi jesteśmy, bo tu Pan Bóg chodzi". Chory widział w Kochanówce Chrystusa na krzyżu; pewnego razu nad ranem chory słyszał, jak dyżurny pielęgniarz w myśli obrzucał wyzwiskami cesarza: z tego powodu chory cały dzień był bardzo podniecony.

Chory naogół zachowuje się spokojnie; czasami podnieca się bez wyraźnego powodu, albo też, usłyszawszy jakiś przypadkowo przez kogokolwiek wymówiony wyraz np.: „kościół", „post", zaczyna się gniewać i chce bić otaczających; pamięć i zdolność odtwarzania świeżych wrażeń dobra, wiadomości szkolne, w granicach szczupłej wiedzy chorego, zachowane dobrze. 1.X 1908 r. Chory otrzymał 24 wcierania maści szarej i jod, leczenie to jednak nie wywarło żadnego wpływu na stan psychiczny i na gojenie się owrzodzenia na goleni. 5.III 1909 r. chory wyszedł w bieliźnie przez niedomknięte okno, ale przekonawszy się, że na dworze jest za zimno, sam powrócił do pawilonu. 25.IX 1909 r. Zachowuje się spokojnie, stan naogół bez zmiany; czasami dopomina się o wypisanie ze szpitala, ale bez zbytniego nacisku; otrzymał 50 wcierań szarej maści, co jednakże nie wywarło żadnego wpływu na gojenie się owrzodzenia — chory leczy je sam, polewając własnym moczem. 24.XII 1909 r. pracuje chętnie, pomaga przy uprzątaniu sal; miał wymioty — twierdzi, że mu dano trucizny i gniewa się na lekarza, potem jednak zgadza się przyjąć środek czyszczący. 15.IV 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina: postrzeganie — dobre, odtwarzanie nieco upośledzone, pojmowanie — głęboko upośledzone (występuje zmęczenie), uogólnianie — głęboko upośledzone, zdolności kombinacyjne — głęboko upośledzone, krytyka — upośledzona; uwagi, zdolności zapamiętywania, kojarzeń i reakcji ruchowej zbadać nie można wskutek oporu chorego; inteligencja okazuje zatem głębokie upośledzenie. Badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego nie mogły być wykonane wskutek oporu chorego. 16.VII 1910 r. Źrenice nierówne — prawa nieco szersza od lewej, oddziaływują żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone niewyraźny objaw Babińskiego po stronie lewej. Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu — stan psychiczny nie uległ zmianie.

Rozpoznanie: psychjatryczne — Psychosis luetica, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica.

Objawy psychopatologiczne mają charakter irytacyjny.

Przypadek VIII. Chory Karol H., lat 46, agent handlowy, ewangelik; przyjęty do Kochanówki 7 października 1907 r.; ojciec i matka chorego zmarli na udar mózgowy; najstarszy brat chorego zmarł z pijaństwa. Chory przebył kiłę przed 10 laty; pił umiarkowanie; u żony jedno poronienie. Choroba umysłowa rozpoczęła się przed 7 laty: chory nagle rzucił się na jakiegoś człowieka, wchodzącego do kantoru, i chciał go zabić nożyczkami, uważając go za sprawcę swoich kłopotów finansowych; chory miewał silne napady podniecenia; bił żonę i dzieci, uważał siostrę i resztę rodziny za swoich wrogów; od 4 lat źle

sypia; nie strzyże się, obawiając się, że włosy jego rozlecą się po świecie i wtedy straci rozum; z tego samego powodu nie podaje nikomu ręki. Źrenice: na prawej rogówce plamka, lewa źrenica oddziaływa na światło żywiej, niż prawa; odruchy kolanowe zachowane; ze ścięgna Achillesa odruch żywszy po stronie prawej; objaw Babińskiego po stronie prawej; drżenie prawej kończyny górnej; mowa i pismo bez zboczeń, chód prawidłowy. Orjentacja i pamięć naogół zachowane; poczucia choroby niema; chory we dnie i w nocy słyszy rozmaite głosy, ale nie zawsze może je dokładnie rozróżnić; czasami głosy dochodzą zdaleka; najczęściej słyszy wyraz: „niederträchtig", ale nie wie, skąd głos pochodzi i do siebie go nie stosuje; zadania arytmetyczne i algebraiczne chory rozwiązuje szybko i dobrze; całe tygodnie chory spędza zupełnie bezczynnie, leżąc na łóżku i namiętnie paląc papierosy — bardzo często chory pali jednocześnie po 2 papierosy. Czasami chory wykonywa rozmaite b. złożone i oryginalne ruchy, skoki, przybiera dziwaczne pozy — zapytany o przyczynę, tłomaczy je względami hygjenicznymi. Wypisany z Kochanówki 1.X 1908 z poprawą. Podczas pobytu w domu (w ciągu 1 roku i 3 miesięcy) chory zachowywał się względnie spokojnie; w ostatnich 2 tygodniach nanowo zaczęło się podniecenie: chory chciał zabić żonę i dzieci; wobec tego został odwieziony do Kochanówki i przyjęty powtórnie 21 marca 1910 r. Badanie: źrenice nierówne—prawa szersza od lewej, prawa oddziaływa na światło słabiej, niż lewa; w mowie zboczeń niema; słabe drżenie rąk; odruchy kolanowe zachowane; ze ścięgna Achillesa — żywe, prawostronny objaw stopowy, prawostronny objaw Babińskiego; chory zachowuje się spokojnie, orjentuje się dobrze, pracuje fizycznie chętnie; wobec lekarzy zachowuje się podejrzliwie, niechętnie podaje rękę; okazuje skłonność do dziwacznych ruchów i gestów; poczucia choroby nie ma. 2.IV 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina: postrzeganie, odtwarzanie, pojmowanie, uogólnianie, zdolności kombinacyjne, krytyka — w zupełności zachowane, uwaga—nieco upośledzona, zapamiętywanie—nieco upośledzone, kojarzenia — ubogie, inteligencja zatem naogół b. nieznacznie upośledzona. 16.VII 1909 r. Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, oddziaływują żywo na światło; odruchy kolanowe wzmożone. 26.VII 1910. Próba Wassermanna we krwi dała wynik ujemny.

Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu, stan psychiczny bez zmiany.

Rozpoznanie: psychjatryczne—Psychosis luetica, status amenticus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek IX. Chory Paweł Emil P., lat 38, nauczyciel ludowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 31 stycznia 1908 r. Oboje rodzice chorego wybitni alkoholicy. Chory przebył przed 17 laty kiłę, niedbale leczoną; do picia się nie przyznaje. Pracowity, b. zdolny i b. muzykalny osobnik. W roku 1900 chory leczył się w szpitalu w Tworkach w ciągu 5 miesięcy; w tym czasie był bardzo podniecony; po powrocie z Tworek pracował jako nauczyciel do czerwca 1907 r. Podczas lata 1907 roku chory zdradzał silny niepokój, leżał w łóżku, jęczał, nie chciał mówić, źle jadał, zanieczyszczał się; po 3 miesiącach choroby nastąpiła pewna poprawa, powróciła orjentacja, przestał się zanieczyszczać, zaczął jadać lepiej; w październiku 1907 r. odbył leczenie mieszane, po którem czuł się lepiej; chwilami jednakże chory wpadał w rozdrażnienie, wypowiadał bredzenia prześladowcze w stosunku do rodziny, nie chciał jadać, brał się do bicia. 31. I. 1908 r. Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, zarysy lewej źrenicy nieprawidłowe, obie oddziaływują na światło. Mowa: w zdaniu próbnem chory zacina się na jednej sylabie, przestawiania sylab niema. Pismo prawidłowe bez śladów drżenia; objaw Romberga; odruchy kolanowe żywe. Pamięć naogół dobra, orjentacja niedostateczna; uderza np. następujące określenie Kochanówki: „zakład pożyteczny dla ludzi wątpliwych, którzy może są szkodliwi dla społeczeństwa"; chory uważa Kochanówkę za zakład karny i poprawczy. Poczucia choroby całkowitego niema; chory uważa siebie za wielkiego wynalazcę (rzeczywiście obmyślił parę drobnych ulepszeń rozmaitych instrumentów, przyborów szkolnych i narzędzi), uskarża się na prześladowania od dzieciństwa ze strony rodziców i rodzeństwa, ze strony kolegów, nauczycieli i całego społeczeństwa. Usposobienie chorego przygnębione; zachowuje się zupełnie spokojnie, grywa często innym chorym na zbudowanej przez niego ulepszonej harmonji, chętnie też popisuje się swoją grą na zabawach szpitalnych; na pobyt w szpitalu nie uskarża się, narzeka tylko, że światło elektryczne w zajmowanym przez niego pokoiku jest dla niego szkodliwe. W ciągu marca i kwietnia 1908 r. chory mieszka po za pawilonem i korzysta z zupełnej swobody ruchów; wypisany z poprawą 8 maja 1908 r. W sierpniu 1908 r. chory ogłosił w czasopiśmie „Lodzer Zeitung" odezwę do ludzi dobroczynnych i instytucji sądowych z prośbą zaopiekowania się nim i umieszczenie go w przytułku pisze tam między innemi („Lodzer Zeitung Nr. 227 z d. 20 sierpnia 1908 r.): „moje rodzeństwo i inne osoby, znajdujące się z niem w porozumieniu, poddawszy mi rozmaite choroby w jedzeniu i napojach i zatruwszy mi w ten sposób całą krew i organizm, zrobiły mnie kaleką, okradły mnie z moich wynalazków i zapomocą dobrze powiadomionych złodziejów, przez kradzież moich pieniędzy i książeczek kasy oszczędności doprowadziły do kija żebra-

czego. Sprowadziły również moją dymisję z posady nauczyciela szkół początkowych po 20-letniej mojej działalności za pomocą ciągłego przeszkadzania mi w wykonywaniu moich obowiązków zawodowych i tajnych agitacji między uczniami i ich rodzicami". W Nr. 232 tegoż czasopisma, z 25 sierpnia 1908 r.) ogłosił długą odezwę w języku rosyjskim, w której wylicza swoje wynalazki w 13 długich pozycjach, wypowiada cały szereg pretensji do swojej rodziny, do społeczeństwa i do kolegów; rodzinie, między innemi, zarzuca, że ma do niego pretensje o pożyczone mu pieniądze, a nie liczy sobie za nic „pisania próśb o powiększenie im (rodzinie) pensji i zapomóg, mojej osobistej pomocy w ich zajęciach, pozbawienia mnie zdrowia i doprowadzenia do kalectwa"; o swoich kolegach pisze: „niektórzy ogłosili mnie nawet za obłąkanego, do czego doprowadzili mnie na czas krótki napadem nocnym przy pomocy podrobionego klucza z zastosowaniem chloroformu i jakiegoś przyrządu elektrycznego. Odesłanie mnie do Tworek do umysłowo chorych żydów, a w roku bieżącym do Kochanówki, utrzymywanej również przez żydów, nie wiem na jakiej nastąpiło zasadzie. Obecnie, dla podtrzymania życia, potrzebuję tylko zdrowych niezatrutych potraw i napojów, niezbędnego spokoju i t. p." W powyższych dwu ogłoszeniach urojenia prześladowcze i wielkości chorego wystąpiły w całej okazałości; są tu też wskazówki na omamy (węchowe i czucia skórnego).

Rozpoznanie: psychjatryczne—Psychosis luetica—status amenticus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek X. Chory Mieczysław O., lat 32, inżynier, katolik, przyjęty do Kochanówki 27 lutego 1909 r.; ojciec chorego usposobienia despotycznego, gwałtowny, „oryginał". Chory przebył przed 10 laty kiłę, leczoną; 2 lata temu znaczne osłabienie i bóle w krzyżu i kończynach, przygnębienie; przed rokiem napad silnego podniecenia, które przeszło w parę miesięcy po leczeniu; od połowy stycznia 1909 r. zaczęło się znowu podniecenie, jednakże chory mógł pracować jeszcze do lutego 1909 r.; na dwa dni przed przybyciem do Kochanówki napad gwałtownego podniecenia z utratą orjentacji. 28. II. 1909 r. Źrenice równe, oddziaływują na światło; w mowie zboczeń niema; drżenie rąk; odruchy kolanowe wzmożone. Orjentacja co do czasu i miejsca oraz pamięć naogół zachowana; zapytany o otaczających chorych, mówi: „to są wszystko moi koledzy, przyjaciele z czasów strajku"; chory nie uważa się za umysłowo chorego, ale jedynie za osłabionego i potrzebującego wypoczynku. Silne podniecenie ruchowe: drze bieliznę, wybija szyby, chodzi na czworakach, krzyczy, skacze po łóżkach, udając lokomotywę;

usposobienie zmienne, najczęściej jednak wesołe; chory bardzo łatwo wpada w gniew, gwałtownie protestuje przeciw trzymaniu go w szpitalu dla obłąkanych. Wybitna gonitwa wyobrażeń, mówi bez przerwy, bezładnie. Bredzenia wielkości wyraźne: chory uważa się za b. zdolnego, pochodzi od Kazimierza Wielkiego, chwali się swoim herbem; dokona wielkich wynalazków technicznych, zbuduje przyrząd, który, po przystawieniu go do pępka i wypompowaniu z niego powietrza, pozwoli człowiekowi latać po powietrzu. Bredzenia prześladowcze: krewni umieścili go w Kochanówce umyślnie, aby go się pozbyć, szwagier chce go rozłączyć z żoną, żona również bierze udział w intrygach przeciw niemu, dlatego z nią się rozwiedzie; oznak otępienia umysłowego niema. 12.III 1909 r. Ciepłota wieczorna — 37,5$^0$. 18.III.09 r. Silnie podniecony, popchnął i opluł lekarza (nazajutrz go za to przeprasza), zaczepia i bije innych chorych; złudzenie wzrokowe: chory w niektórych chorych poznaje swoich znajomych, kolegów, robotników; podwyższenie ciepłoty trwa — dochodzi do 37,8$^0$. 23.III—24.III.09 r. Chory zanieczyścił ściany w swoim pokoju kałem i śliną, rozpruł siennik, wysypał słomę; silnie podniecony; twierdzi, że widział swoje dzieci na dziedzińcu szpitalnym. 27.III.09. Próba Wassermana we krwi dała wynik dodatni. 29.III.09 rozpoczęto wcierania szarej maści (po 3,0) i podawanie jodu do wewnątrz. 3.IV.09. Źrenice nierówne, lewa szersza od prawej na światło oddziaływują; wszystkie odruchy ścięgnowe wzmożone. 12.IV.09. Chory silnie podniecony, powybijał masę szyb, oderwał listwę od podłogi, jednocześnie płacze. 18.IV.09 względnie spokojny, tworzy rozmaite fantazyjne projekty na przyszłość, w czasie rozmowy z lekarzem płacze. 20.IV.09. Opowiada, że przed przyjazdem do Kochanówki krewni zrobili mu tak, że słyszał szelest skrzydeł ducha, słyszał, jak ktoś powiedział o nim: „mantis"; widocznie chciano tak zrobić, ażeby on myślał, że jest prorokiem; tym wydarzeniom chory przypisuje swoje umieszczenie w Kochanówce. 4.V.09. Podniecenie wzmaga się. Chory pisze masę listów i odezw do żony, do rodziny, do naczelników swoich. 7.V.09. Znacznie spokojniejszy, wychodzi na długie przechadzki. 13.V.09. Podniecenie ustąpiło, zjawiają się chwile przygnębienia; chory gwałtownie dopomina się o wypisanie z Kochanówki. Występuje pewien krytyczny pogląd na poprzednie postępowanie; jednocześnie chory wypowiada podejrzenie, że szwagier ma zamiar wykonać na jego żonie operację kastracji, twierdzi, że szwagier miewał dawniej stosunki ze swojemi siostrami, w tej liczbie i z żoną chorego; sądzi, że i teraz to samo się dzieje, dlatego ma zamiar wybadać żonę w tym kierunku po spowiedzi w Częstochowie przed ołtarzem. Źrenice nierówne: lewa szersza od prawej, zarysy źrenic nieprawidłowe, lewa oddziaływa na światło wolniej, niż prawa. Chory

otrzymał 37 wcierań szarej maści — przeniesiony na pawilon dla spokojnych chorych. 15.V.09. Silne podniecenie płciowe. 18.V.09. Wizyta żony — chory gwałtownie dopomina się, aby go natychmiast zabrano ze szpitala — na co żona chorego zdecydować się nie mogła. W nocy z d. 18 na 19-ty maja 1909 r. chory uciekł z pawilonu przez okno, zabrawszy ze sobą tort i sardynki, przywiezione tegoż dnia przez żonę. Ażeby uniknąć pościgu, chory nie poszedł do Łodzi, ani do stacji kolejowej, ale pieszo dostał się do Łęczycy do znajomego lekarza, uciekł ztamtąd przed przybyciem służby szpitalnej i pieszo, nie niepokojony przez nikogo (był bez paszportu) doszedł do Warszawy do domu. Z listu żony dowiedzieliśmy się, że zachowywał się w domu zupełnie poprawnie. Wkrótce powrócił do swoich zajęć i dotąd z powodzeniem pracuje. W zimie 1910 r. przebył podobno w domu lekki udar mózgowy z przejściową utratą mowy.

Rozpoznanie: psychjatryczne — Psychosis luetica —, status amenticus, status paranoides; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris et convexitatis luetica subacuta. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny i irytacyjny.

Przypadek XI. Chory Robert T., lat 43, buchalter, ewangelik, przyjęty do Kochanówki 21 czerwca 1907 r. Obciążenia dziedzicznego niema; do alkoholizmu się nie przyznaje. Kiła bardzo prawdopodobna, gdyż, według słów żony, chory leczył się wcieraniami szarej maści. Przed 7 laty udar mózgowy z porażeniem prawostronnem i krótkotrwałą utratą mowy — objawy porażenia znikły po upływie tygodnia, pozostało osłabienie ogólne, chory wkrótce powrócił do pracy. W ciągu ostatnich 7 lat co roku chory przechodził lekki udar, podczas którego przedmioty nagle wypadały mu z ręki, stawał się nawpół przytomny; napady takie pojawiały się bez żadnego zewnętrznego powodu, chory nie pamiętał o nich. Przed 2 laty wystąpiło widzenie podwójne — po 4 tygodniach wzrok się poprawił. Przed 2 tygodniami w nocy udar mózgowy z porażeniem lewej strony ciała bez zaburzeń mowy; chory wykazuje zaburzenia psychiczne: rozpoznaje ludzi, ale imion ich nie pamięta, mówi, że nie jest w Łodzi, ale w Hamburgu, albo w Petersburgu; nie pamięta najświeższych wydarzeń, konfabuluje. 24.VII.07 r. Źrenice nierówne, lewa szersza od prawej, zarysy źrenic bardzo nieprawidłowe, źrenice oddziaływują na światło b. opieszale; niedowład lewego nerwu twarzowego, język zbacza w lewo, drży „en masse"; odruchy na kończynach górnych wzmożone po stronie lewej, odruchy brzuszne dolne silniejsze po stronie prawej; odruch jądrowy silniejszy po stronie prawej; odruchy kolanowe wzmożone, lewy silniejszy niż prawy; objaw Babińskiego po stronie lewej; siłomierz: 5.VII.07 r. ręka lewa 75, prawa — 115 — 24.VII.07 ręka lewa — 90, pra-

wa — 125. Zaburzeń mowy niema. Chory zachowuje się spokojnie, apatycznie; pamięć dawniejszych wydarzeń dobra; wiadomości o sobie podaje dobrze. Poczucia choroby niema. Orjentacja co do czasu i miejsca niedostateczna; mówi: „Kochanówka był to zakład dla umysłowo chorych, który spalił się na jesieni roku zeszłego". Chory, jak twierdzi znajduje się obecnie w wagonie, nazywającym się Kochanówka, który go wiezie do Rygi (z początku chory utrzymywał, że wagon ten idzie do Łodzi od wczoraj popołudniu; naskutek zwróconej mu uwagi, że tak długo do Łodzi się nie jedzie, chory zmienił kierunek drogi); chory, wchodząc do wagonu, zauważył na nim napis: „Kochanówka" (na budynkach szpitalnych w rzeczywistości żadnego napisu niema) i tor kolejowy; nazewnątrz wagonu posiano rozmaite rośliny i drzewa i te poruszają się razem z pociągiem; obecnie wagon ten przechodzi przez Estonię i znajduje się pod stacją Wiesenberg; z chorym razem jedzie masa znajomych, między innymi niejaki p. Karol Schultz (chorego tego nazwiska naówczas nie było w Kochanówce), który właśnie powiedział mu, że to jest wagon „Kochanówka"; lekarzy poznaje, twierdzi, że i w pociągach lekarze badają chorych. Rachunki arytmetyczne chory wykonywa szybko i trafnie. Chory otrzymał serję wcierań szarej maści i jod do wewnątrz. Wypisany z Kochanówki z b. nieznaczną poprawą, niezdolny do pracy 1 lutego 1908 r.

R o z p o z n a n i e: Psychjatryczne — Psychosis luetica — zespół Korsakowa; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris luetica chronica + Endarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter defektywny (ubytkowy).

P r z y p a d e k XII. Chory Kazimierz T., lat 40, konduktor kolejowy, katolik, przyjęty do Kochanówki 10 czerwca 1908 r. Obciążenia dziedzicznego niema. Czy przechodził kiłę, niewiadomo. Na 4 tygodnie przed przybyciem do Kochanówki chory był „zamedytowany"; przed 10 dniami chory przestał zupełnie mówić: w dniu, w którym stracił mowę, wypełniał swoje czynności nie wydając głosu, witał się ze znajomymi milcząco; na drugi dzień nie poszedł do pracy, włóczył się tylko po stacji; pokarmy płynne jadł wprost ustami, bez łyżki; po 2 dniach mowa wróciła; następnych dni był senny, nie poznawał otoczenia; przez cały czas zachowywał się spokojnie; 10.VI.08 r. napad podniecenia, trwający około godziny: biegał, wymyślał, rzucał się na ludzi. 20.VI.08 r. Ź r e n i c e s i l n i e z w ę ż o n e, n i e r ó w n e, l e w a s z e r s z a o d p r a w e j, n a ś w i a t ł o o d d z i a ł y w u j ą, p r z y t e m l e w a n i e c o s ł a b i e j, n i ż p r a w a; język zbacza naprawo, drży włókienkowato; lekka dyzartrja, porażenie prawego nerwu twarzowego, lekka niezborność, szczególniej w ręce lewej; odruchy kolanowe wzmożone, objaw stopowy po stronie prawej, słabo zaznaczony po lewej; odruchy brzuszne gór-

ne i dolne silniejsze po stronie lewej; w okolicy lewego stawu łokciowego na skórze kilkanaście blizn okrągłych. Chory zachowuje się spokojnie; wiadomości o sobie podaje dobrze; inne pytania:

| | |
|---|---|
| który rok teraz mamy? | „909 |
| jaki miesiąc? | „9-ty |
| który dzień miesiąca? | „a nie wiem właściwie, pobłądziłem w dacie. |
| jaki dzień tygodnia? | „właśnie też zapomniałem. |
| jak dawno Pan tu jest? | „od pewnego czasu, od czasu pobytu. |
| jak się nazywa ta miejscowość? | „nieokreślałem. |
| co to za dom? | „to jest dom zabudowany jakąś budową. |
| kto są ludzie otaczający? | „ja nie wiem. |
| kto ja jestem? | „pan doktór. |
| gdzie Pan był przed tygodniem? | „ja nie wiem, bo zdenerwowany byłem. |
| czy Pan smutny? | „smutny ma się rozumieć (chory śmieje się). |
| czy Pan chory? | „nie, obecnie czuję się lepiej. |
| wyliczyć dnie tygodnia? | „na taki debat jeszcze zawcześnie, jeszcze jestem chory. |

Dat ze swojego życia chory nie pamięta, bredzeń, ani omamów nie ujawnia; na zadania liczbowe odpowiada szybko, ale przeważnie źle; po pewnym szeregu zapytań chory na dalsze odmawia odpowiedzi, mówiąc: „jeszcze jestem osłabiony“, „szumi mi w głowie“, „to już nie zdobędę się“, „pan mnie marudzi, czego się mam debatować“, — wreszcie wpada w rozdraźnienie i przestaje zupełnie odpowiadać. Przy badaniu kojarzeń chory odpowiada bezpośrednio, stale powtarzając poddawany mu wyraz; niepodobna mu wytłomaczyć, aby nie powtarzał poddawanych wyrazów. W piśmie, po za prawidłowem napisaniem własnego nazwiska, chory ujawnia paragrafię (20.VI.1908 — 2.VII.1908 r.); badanie pisma późniejsze (11.VII.08 r.) okazuje znaczną poprawę. Usposobienie chorego apatyczne; chory chwilami twierdzi, że nie wie, gdzie się znajduje, to znowu mówi, że jest „u warjatów“, dziwi się temu, ale nie protestuje przeciw pobytowi w szpitalu dla umysłowo chorych; w rozmowie powtarza bezmyślnie ostatnie wyrazy skierowanego do siebie zapytania, często śmieje się bez żadnego powodu. Chory otrzymał serję wcierań maści szarej i jod do wewnątrz. Wypisany z Kochanówki 13 września 1908 r. z b. nieznaczną poprawą. Z powodu niezdolności do pracy otrzymał dymisję z kolei.

Rozpoznanie: psychjatryczne: Psychosis luetica, status amenticus, otępienie; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis

basilaris luetica subacuta + Endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (w początkach choroby) i defektywny.

P r z y p a d e k XIII. Chory Kazimierz P., lat 34, kancelista prywatny, katolik, przyjęty do Schroniska przy domu starców i kalek w Łodzi 29 października 1899 r., zkąd przewieziony do Kochanówki 17 września 1902 r. Obciążenia dziedzicznego niema; chory przechodził w 21-ym roku życia kiłę, źle leczoną; 10 stycznia 1898 r. udar mózgowy z porażeniem prawostronnem i zaburzeniami mowy; jednocześnie wystąpiło gwałtowne podniecenie, bredzenia prześladowcze: chory groził ojcu zastrzeleniem, rzucał się na otaczających — objawy te rozwinęły się stopniowo. 7. VII. 1902 r. Ź r e n i c e o d d z i a ł y w u j ą n a ś w i a t ł o p o w o l n i e, n a n a s t a w i e n i e b a r d z o s ł a b o; fałda nosowargowa lewa zniesiona; niedowład wszystkich gałązek lewego nerwu twarzowego; język zbacza na lewo; niedowład kończyn po stronie prawej; odruch z mięśnia trójgłowego i odruch kolanowy po stronie prawej znacznie silniejsze, niż po lewej; zmian czucia niema; lekkie zaburzenia mowy. Chory jest wesoło usposobiony, zadowolony z siebie i ze swego położenia — może siedzieć w Schronisku z przyjemnością, bo, jak twierdzi, otrzyma za to „grube pieniądze"—wytoczy bowiem proces Komitetowi Schroniska i ojcu za nieprawne zamknięcie go i matkę wpakuje do więzienia z tego samego powodu. Orjentacja i pamięć chorego dobre; moralne poczucie i krytycyzm obniżone; omamów słuchowych niema. 5. VI. 1903 r. Na wiadomość o śmierci ojca chory śmieje się wesoło i cieszy się, że będzie miał o jednego wroga mniej na świecie--z równą wesołością przyjął poprzednio wiadomość o śmierci żony; pamięć zachowana nieźle; tablica mnożenia bez omyłki; wiadomości szkolne okazują b. znaczne braki. Chory jest zadowolony z pobytu w Kochanówce, bo mu za to Komitet Kochanówki będzie musiał wypłacić odszkodowanie w wysokości pół miljona rubli. 7. 9. 10. VI. 1905 r. Ź r e n i c e n o r m a l n e j s z e r o k o ś c i, r ó w n e, n a ś w i a t ł o o d d z i a ł y w u j ą ż y w o, n a n a s t a w i e n i e n i e d o s t a t e c z n i e; w mowie słaby stopień dyzartrji (np. „altyrelja" zam. artylerja"); przekręcanie wyrazów w czasie czytania; niemożność nazywania przedmiotów powszednich, zapominanie powszednich wyrazów np. imion własnych; odcień mowy — nosowy; przy przepisywaniu i pisaniu za dyktandem chory szybko się męczy, pisze b. wolno i popełnia dużo błędów ortograficznych; siła mięśniowa kończyn po stronie prawej mniejsza, niż po lewej; odruchy ścięgnowe wzmożone po stronie prawej; prawostronny objaw stopowy. Siłomierz: ręka prawa—85, ręka lewa—125. Zaburzeń czucia niema. Fałda noso-wargowa zniesiona po stronie lewej; niedomykalność lewej powieki; lewy kąt ust opuszczony, wycieka przez niego ślina; ję-

zyk przechyla się na lewo. Chory uskarża się na drętwienie i łamanie w obu kończynach dolnych. Orjentacja doskonała; pamięć dobra; chory uważa się za umysłowo zdrowego—został pokrzywdzony przez umieszczenie go w Kochanówce i ma prawo żądać za to od Komitetu szpitalnego odszkodowania w wysokości 1½ miljona rubli wraz z odsetkami za cały czas pobytu w szpitalu i sumę powyższą uważa za bardzo umiarkowanie obliczoną; przeważna większość pensjonarzy „warjatami" nie jest, udają tylko obłęd i siedzą tu po to, ażeby go śledzić i drażnić, mieć powód do ogłoszenia go za umysłowo chorego. Chory zawsze zachowuje się spokojnie i grzecznie, aby nie dawać wrogom broni przeciw sobie; wymyśla tylko na rodzinę. Chory zamierza ożenić się ze znajomą panną, jak tylko sąd przyzna mu odszkodowanie. Bredzenia chorego okazują tendencję do systematyzacji (?); omamów i złudzeń zmysłowych niema. 14. VII. 1907. Źrenice równe, słabo oddziaływują na światło, lewa żywiej, niż prawa, na nastawienie oddziaływują również słabo; niedowład lewego nerwu twarzowego typu obwodowego; język zbacza wyraźnie na lewo. Siła mięśniowa prawej kończyny dolnej mniejsza, niż lewej; w sile kończyn górnych wyraźnej różnicy niema; odruchy kolanowe żywe, prawy znacznie silniejszy, niż lewy; prawostronny objaw stopowy; odruchy kończyn górnych silniejsze po stronie prawej; odruchy brzuszne z prawej strony nie dają się wywołać, z lewej występują wyraźnie; zaburzeń czucia niema. Chód kurczowo-niedowładowy; chory pociąga prawą nogą. Siłomierz: ręka prawa — 120, ręka lewa—120. Chory orjentuje się dobrze co do miejsca, czasu i otoczenia, pamięć naogół dobrze zachowana; wyliczenia wykonywa dość słabo. Chory twierdzi, że znajduje się w szpitalu zupełnie niepotrzebnie — umieścił go tu ojciec przy pomocy przekupionych lekarzy, obecnie zaś trzyma go Komitet szpitalny, który będzie zmuszony wypłacić mu za to 2 miljony rubli odszkodowania; jeżeli zaś sprawa pójdzie do sądu, to sąd przyzna mu 8 miljonów rubli odszkodowania za nieprawne trzymanie w szpitalu; twierdzenia chorego nie są należycie umotywowane. Obecnie chory zamierza ożenić się z panną J. i pisuje do niej często listy z oświadczynami. 10. II. 1908 r. Chory został przeniesiony do szpitala św. Jana Bożego w Warszawie w stanie niezmienionym.

Rozpoznanie: psychjatryczne: Psychosis luetica, status amenticus (w początkach choroby), otępienie umysłowe wyraźne; anatomiczne prawdopodobne: Meningitis basilaris luetica subacuta + endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter ekspansywny (w początkach choroby) i defektywny.

Przypadek XIV. Chory Edward Pl., lat 41, kupiec, katolik, przyjęty do Kochanówki 15 marca 1909 r. Obciążenia

dziedzicznego niema. Chory przechodził kiłę przed 12 laty, leczony dwukrotnie; od 8 lat uskarżał się na bóle głowy; 3 lata temu porażenie prawostronne z osłabieniem mowy; od 2 lat wystąpiły idee samobójcze, od 3 miesięcy omamy zmysłowe przestraszającego charakteru. Chory często podniecał się—rok temu rzucił się z nożem na żonę; na tydzień przed przybyciem do szpitala usiłował otruć żonę kwasem szczawikowym; starał się o brzytwę, ażeby żonie poderżnąć gardło; mówił, że po jego śmierci żona nie powinna żyć, że nie będzie mogła zapracować na życie, że mu djabeł każe zabić żonę; chory w ostatnich czasach źle sypia. 16. III. 1909 r. Źrenice równe, zarysy źrenic prawidłowe, oddziaływanie na światło dobre; prawa fałda noso-wargowa zniesiona; mowa ma odcień nosowy; chory jąka się, mówi prędko i niewyraźnie; drżenia warg niema; lekkie drżenie rąk; odruchy kolanowe: prawy silniejszy, niż lewy. Orjentacja i pamięć zachowane, poczucie choroby umysłowej jest; proste wyliczenia chory wykonywa z błędami. Omamów niema. Chory podejrzewa żonę o niewierność, mówi, że ją zabije (o tem zamierzonem zabójstwie chory mówi zupełnie obojętnie, jak gdyby o jakimś niewiele znaczącym drobiazgu). 22. III. 1909 r. Rozpoczęto wcierania szarej maści (po 3,0) i podawanie jodku potasu do wewnątrz. 27. III. 1909 r. Próba Wassermanna we krwi dała wynik dodatni. 18. V. 1909 r. Chory otrzymał 42 wcierania, kali jod. do 8,0 dziennie. Bredzeń nie ujawnia, chętnie pracuje przy robotach ziemnych; źrenice równe, o nieprawidłowych zarysach, oddziaływują dobrze na światło, nie oddziaływują na nastawienie. Odruchy kolanowe nierówne — prawy żywszy od lewego; odruchy kończyn górnych żywsze po stronie prawej; odruchy brzuszne słabsze po stronie prawej; siła mięśniowa prawych kończyn mniejsza, niż lewych; niedowład prawego nerwu twarzowego. 15. VII. 1909 r. Język zbacza naprawo, objaw mostkowy obustronny, występuje jednak wyraźniej po stronie lewej, odruchy kolanowe wzmożone, równe; odruchy brzuszne: prawy silniejszy niż lewy; objaw stopowy wyraźny po stronie prawej, słabo zaznaczony po lewej. 15. X. 1909 r. Sypia nie dobrze; podejrzewa żonę o niewierność małżeńską. 22. XI. 1909 r. uskarża się na ogólne osłabienie i ból nóg. 5. IV. 1910 r. chory opowiada o żonie (która zmarła w Łodzi przed 9 tygodniami), że miała wielu kawalerów; nie przypomina sobie, ażeby chciał ją zabić; przeciwnie, twierdzi, że ci właśnie kawalerowie namawiali jego żonę, aby go zgładziła; chory sam słyszał, jak mówili do niej: „masz nóż, zabij go“. Chory wykonywa dobrze prostsze wyliczenia; poczucie choroby jest; chory uskarża się, że ma „nogi słabe i mowę“ (chory wyraźnie utyka na prawą nogę); źrenice równe, oddziaływują dobrze na światło; w mowie—jąkanie, jak poprzednio; odruchy kolanowe—prawy silniejszy, niż lewy; obustronny

objaw stopowy, słabo zaznaczony; nieznaczne drżenie rąk. 22. IV. 1910 r. Chory zachowuje się spokojnie, korzysta z wolnego wyjścia, trochę pracuje; uskarża się na osłabienie ogólne. 16. VII. 1910 r. źrenice nierówne, prawa nieco szersza od lewej, prawa źrenica o zarysach nieprawidłowych, jest owalna, stoi pionowo nieco skośnie; odruchy kolanowe równe, wzmożone. 28. VII. 1910 r. Badanie inteligencji według schematu Bernsteina wykazało: postrzeganie dobre, odtwarzanie—nieco upośledzone, pojmowanie bardzo upośledzone, uogólnianie — upośledzone, zdolności kombinacyjne — bardzo upośledzone, krytyka—upośledzona, uwaga—upośledzona, zapamiętywanie—bardzo upośledzone, kojarzenia—ubogie, reakcja ruchowa—zwolniona, inteligencja zatem znacznie upośledzona — wyraźne otępienie umysłowe. Chory w dalszym ciągu pozostaje w szpitalu.

Rozpoznanie: psychiczne — Psychosis luetica, depressio, status paranoides, dementia; anatomiczne prawdopodobne — Meningitis basilaris et convexitatis luetica chronica + Endoarteriitis luetica. Objawy psychopatologiczne mają charakter irytacyjny i defektywny.

Dok. nast.

# STRESZCZENIA.

## PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

A. KROKIEWICZ. Niezwykły przebieg kiły rdzenia kręgowego.

Niezwykłość przypadku, który zakończył się śmiercią 49 letniego chorego, polegała na tem, że sprawa kiłowa rozwijała się w tylnem śródpiersiu od dłuższego czasu, lecz tak powoli i bez wybitniejszych objawów, iż lekarz ordynujący nie mógł wykryć zmian chorobowych w kręgach ani rdzeniu. Dopiero w ostatnich 6-ciu dniach choroba przybrała naraz przebieg groźny i śmiertelny. Zjawiło się drętwienie najwpierw w prawej, potem w lewej stopie; następnie częściowy niedowład kończyn dolnych, który po trzech dniach przeszedł w stan wiotkiego bezwładu. W ostatnich 3-ch dniach zauważono porażenie mięśni tułowia, brzucha i kończyn górnych, utrudnione oddawanie moczu i mimowolne — stolca. Ciepłota wahała się od 36.4°C — 37.6°C. Zniesienie odruchów kolanowych, stopowych, skórnych, brak odruchu Babińskiego, upośledzenie czucia. Oględziny pośmiertne wykazały sprawę kiłową w tylnem śródpiersiu w okolicy trzonu 5-go kręgu piersiowego, sprawę, która wywołała zniszczenie trzonu kręgowego, zmiany chorobowe na sąsiednich oponach rdzenia kręgowego i w samym rdzeniu, tudzież przebicie tylnej ściany przełyku.

J. D.

(Przegląd Lekarski 1910 r. N-r 2).

JAN MAZURKIEWICZ. O zaburzeniach kojarzeń w stanach gonitwy myślowej.

Poszukiwać czynniki, których działalność zanika w stanach gonitwy myślowej, można na drodze: 1) badań przedmiotowych (klinicznych, doświadczalnych, anatomicznych) lub 2) na wnioskowaniu psychologicznem, wychodzącem z pewnych założeń.

Autor stosuje kolejno do przykładu klinicznego gonitwy myślowej i przykładu myślenia prawidłowego obydwie metody. Wykazuje, jak na zasadzie wniosków psychologicznych łatwo zauważyć w stanach gonitwy myślowej znikanie hierarchicznego układu wyobrażeń, przeceniania jednych i niedoceniania innych; brak nici przewodniej — wyobrażenia, któreby panowało nad nad wszystkiemi innemi i łączyło je w jedną organiczną całość

myślową. Następuje zatem tak zwane wyrównanie wartości wyobrażeń.

Rozbierając przykład powyższy doświadczalnie, autor stwierdza przedewszystkiem, że chora wypowiedziała do lekarza pewne wyrazy i zdania. Gdy zestawia je z odpowiedzią tej samej osoby w okresie zdrowia, widzi, że chora w obu tych przypadkach używa symbolów wyrazowych w różny sposób. W czasie choroby mianowicie jej bezładna odpowiedź zdradzała wyrównanie się wartości „symbolów“ analogicznie do zachowania się „wyobrażeń“, wykazanych poprzednią metodą. Zmienił się nietylko stosunek wzajemny symbolów, lecz i realny stosunek chorej do otoczenia uległ zasadniczej zmianie, zarówno w najżywotniejszych sprawach, jak i w rzeczach drugorzędnej wagi. Osoba, o której mowa, pomimo obarczenia dziedzicznego, posiadała sprawnie działający układ nerwowy. Dopiero niebezpieczna choroba dziecka wytrąciła ją ze zwykłych warunków, układ nerwowy zawiesił nagle swą dotychczasową czynność pośredniczenia pomiędzy ustrojem a otoczeniem, kojarzenia symbolów stały się tak samo bezładne, jak późniejsze zachowanie się chorej.

W dwóch następnych przykładach autor zestawia kojarzenia myślowe we śnie i gonitwie myślowej. Fizjologiczne urojenia senne są krótkotrwałe w przeciwstawieniu do bezładnej gonitwy chorobowej; zjawiają się, gdy spostrzeganie świata zewnętrznego jest całkowicie, albo prawie całkowicie zniesione, narząd zaś ruchowy chorego pozostaje w spoczynku. Pokrewność tych dwóch stanów przejawia się w sposobie kojarzenia wyrazów i wspomnień, braku myśli przewodniej, wszelkich zahamowań, wreszcie w bezładnej hypermnezji.

Porównanie sposobu kojarzeń w gonitwie myślowej wysokiego stopnia ze sposobem kojarzeń 25-miesięcznego zdrowego dziecka wykazuje również szereg cech pokrewnych (brak nici przewodniej, brak hierarchicznego układu kojarzonych wrażeń), ale także i bardzo wybitne różnice: mniejszy daleko zasób dawnego materjału wrażeniowego u dziecka, lecz mimo to większy wpływ tego ostatniego na sposób zachowania się w stosunku do otoczenia, niż u osoby dotkniętej gonitwą myślową.

J. D.

(Przegląd Lekarski 1910. N-r 8 i 9).

Dr. MATYLDA LATEINER. O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych za pomocą surowicy swoistej.

Autorka omawia własności i sposoby otrzymywania różnego rodzaju surowic, stosowanych przeciw zapaleniu nagminnemu opon mózgowych, zatrzymuje się dłużej nad surowicą wiedeńską (Kraus'a i Dörr'a), którą w przypadkach swoich stosowała.

Ogółem w przeciągu ostatnich 3 lat L. obserwowała w szpi-

talu dziecięcym w Wiedniu 50 dzieci z nagminnem zapaleniem opon, przyczem rozpoznanie stawiane było zawsze na podstawie badania bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego. Z tych 50 przypadków 20 leczonych było surowicą wiedeńską, którą w ilości 20 cm.³ wstrzykiwano zaraz po nakłuciu lędzwiowem do worka rdzeniowego; w pozostałych przypadkach posługiwano się w celach leczniczych nakłuciem lędźwiowem w szerokim bardzo zakresie.

Wyniki, otrzymane przy stosowaniu surowicy, były następujące: 1) znaczne obniżenie odsetki śmiertelności — 70% śmiertelności przy leczeniu tylko nakłuciami, 40% przy zastrzykiwaniach surowicy; zmiany w natężeniu epidemji na statystykę tę nie wpływały, przypadki bowiem leczone i nie leczone surowicą nie różniły się ani nasileniem objawów oponowych, ani też ciężkością ogólnego stanu; 2) wybitny wpływ dodatni wstrzykiwań na objawy oponowe, na ciepłotę, na stan podmiotowy.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1910 r. N-r 7 i 8).

R. QUEST. B a d a n i a n a d e t j o l o g j ą t ę ż y c z k i u d z i e c i. Autor był pierwszym badaczem, który w roku 1904 wykazał, iż powstanie tężyczki zależne jest od nieprawidłowej przemiany wapnia w ustroju. Twierdzenie swe oparł wtedy na wynikach: 1) badań swych nad ilością wapnia w mózgach 3 dzieci zmarłych wśród objawów tężyczki; w mózgach tych znalazł on wapnia znacznie mniej, niż w mózgach dzieci, będących w równym wieku, a zmarłych z powodu innych chorób, 2) doświadczeń na psach, u których otrzymywał wzmożoną pobudliwość układu nerwowego za pomocą stosowania djety bez wapnia. Badania, prowadzone następnie przez innych autorów w tym samym kierunku, potwierdziły prawdziwość tej teorji.

W obecnej pracy swej autor podaje wyniki doświadczeń swych, których celem było określenie pobudliwości układu nerwowego przy zwiększonej zawartości wapnia w ustroju. Wstrzykując podskórnie rozczyn chlorku wapnia psom, żywionym przez cały przebieg doświadczeń tym samym pokarmem (mamałyga i mleko), autor przekonał się, iż za pomocą zwiększenia zawartości wapnia w sokach ustroju otrzymać można obniżenie pobudliwości nerwów na prąd elektryczny.

Z całego szeregu dotychczasowych badań, do których impuls dała pierwsza praca autora, wynika, że główną rolę w występowaniu tężyczki odgrywa brak wapnia w ustroju. Autor twierdzi, iż ten brak wapnia w ustroju wywołany zostaje przedewszystkiem przez nieodpowiednie karmienie dzieci mlekiem niezbieranem, tłuszcz bowiem mleczny, jak wykazały doświadczenia kliniczne Rothberga i Birka, powoduje niedostateczne za-

trzymywanie się wapnia w ustroju prawdopodobnie wskutek tworzenia się w przewodzie pokarmowym mydeł wapniowych.

Na podstawie doświadczeń, podanych w pracy niniejszej, autor zaleca leczenie tężyczki zastrzykiwaniem podskórnem roztworów soli wapniowych.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek. 1910 r. N-r 15 i 16).

E. BIERNACKI. W sprawie terapji padaczki. Otrzymawszy wyniki zachęcające leczenia wodami karlsbadskiemi w dwóch przypadkach cierpień wewnętrznych, powikłanych padaczką, autor zaleca stosować to leczenie i w samej padaczce.

Z jednej strony wychodząc z założenia, iż padaczka w istocie swej jest zaburzeniem przemiany materji, działaniem wytworów nieprawidłowej przemiany materji na korę mózgową, z drugiej zaś strony opierając się na stwierdzonych przez obserwację lekarską danych złagodzenia częstości i trwania napadów padaczki przy djecie jarskiej, małosolnej, mlecznej, autor proponuje stosować wodę karlsbadską:

1) w przypadkach łączności klinicznej migreny z padaczką;

2) w przypadkach padaczki z wyraźnemi zmianami nieprawidłowej przemiany materji (oxalurja, skaza moczanowa, zaburzenia trawienia i t. d.)

Autor podkreśla, że w dwóch spostrzeganych przez niego przypadkach nastąpiła istotna poprawa po długi szereg lat stosowanem bezskutecznie leczeniu bromowem i wypowiada myśl, że obecność chorób nerwowych czynnościowych — w pierwszym rzędzie padaczki przy innych zaburzeniach, które z pożytkiem bywają leczone w Karlsbadzie, nigdy nie powinna być przeciwwskazaniem w zalecaniu tego rodzaju leczenia.

A. Patocki.

(Gazeta Lekarska 1910 r. N-r 1).

A. WIZEL. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. Autor dzieli niemoc płciową pochodzenia nerwowego na dwie postaci kliniczne: na neurasteniczną lub nerwową w ścisłem znaczeniu tego słowa i na czysto psychiczną.

Do pierwszej kategorji zalicza przypadki, stanowiące przejaw kliniczny t. zwanej słabej pobudliwości ośrodków płciowych rdzenia i jako przyczynę wymienia częste i nienormalne podrażnienia rdzenia, idące od obwodu, jako to: samogwałt, nadużycia płciowe, „coitus interruptus“ i rzeżączkę przewlekłą. Wymienione podniety w następstwie swojem sprowadzają przekrwienie lub nieżyt błony śluzowej części krokowej cewki i wzgórka nasien-

nego—miejsc, gdzie mają zakończenia swoje nerwy obwodowe, idące do ośrodka wzwodowego w rdzeniu. Nieustanne podrażnienia tych miejsc przenoszą się dośrodkowo na rdzeń. W następstwie w rdzeniu rozwija się z początku pobudliwość wzmożona. a w następnym okresie i osłabienie ośrodka wzwodowego. Ztąd niemoc płciowa nerwowa jest nerwicą części lędźwiowej rdzenia, czyli jednym z poszczególnych przejawów neurastenii rdzeniowej.

Co się tyczy niemocy płciowej pochodzenia psychicznego, to patogeneza i istota tego cierpienia tkwi w dziedzinie psychicznej chorego, a nie w chorobliwym stanie ośrodków płciowych jego rdzenia. Podobne zaburzenia zdarzać się mogą zarówno u neurasteników, jak i u osobników zupełnie zdrowych pod względem nerwowym.

Niemoc płciowa psychiczna powstaje w trojaki sposób i, zależnie od patogenezy, autor rozróżnia 3 rodzaje tego cierpienia.

1) Niemoc płciowa powstała u osobników zupełnie zdrowych wskutek zahamowania odruchu wzwodowego pod wpływem chwilowego przemijającego wzruszenia, np. przed stosunkiem obawa zapłodnienia, zarażenia się i t. d. Podobne przypadki autor nazywa niemocą fizjologiczną.

2) Niemoc płciowa powstała wskutek pewnego chorobliwego wzruszenia niczem nieumotywowanego, wewnątrzpochodnego, identycznego z najróżnorodniejszemi patolologicznemi obawami, jak obawa przestrzeni, obawa śmierci i t. d. Tego rodzaju niemoc płciową autor nazywa „coitophobia“ i zalicza zaburzenie to do rzędu t. zw. stanów natrętnych, jednego z licznych przejawów zwyrodnienia psychicznego.

3) Niemoc płciowa powstała na skutek pewnej chorobliwej idei. Do tej kategorji autor zalicza przypadki, które powstają na drodze autosuggestji.

W końcu autor wyodrębnia również postać mieszaną neurasteniczno-psychiczną, w której obydwa te czynniki wikłają się z sobą w różnym stopniu.

Ta postać jest najczęstsza.

Co się tyczy symptomatologji, to osobniki z niemocą nerwową odczuwają popęd normalny, lecz na skutek nadmiernej drażliwości ośrodków nerwowych ich rdzenia zbyt łatwo powstaje u nich naprężenie prącia przy jednocześnie szybkim wytrysku nasienia—co bywa w pierwszym okresie choroby, — a następnie zjawia się zbyt słabe naprężenie przy zbyt szybkim, a nawet przedwczesnym wytrysku nasienia, co bywa w drugim okresie choroby.

W niemocy psychicznej chorzy również miewają prawidłowy popęd i zupełnie dobre naprężenie, które jednak przy każdej próbie spółkowania natychmiast ustaje. Jednakże rozpoznawanie oddzielnych postaci niemocy na zasadzie tylko klinicznych danych jest nadzwyczaj trudne i dlatego należy oprócz obrazu klinicznego

go zwracać uwagę na cały szereg innych objawów choroby. Ścisłe wywiady w każdym przypadku, rozbiór nerwowego i psychicznego stanu chorego, patogeneza danego przypadku pozwolą z pewnem prawdopodobieństwem orzec, z jaką postacią cierpienia mamy do czynienia.

Z powyższego wynika i sprawa leczenia. Tam, gdzie mamy do czynienia z postacią cierpienia czysto nerwową, najzupełniej wskazane jest miejscowe leczenie fizykalne. Autor podkreśla jednak nadużywanie przez lekarzy stosowania tej metody bez uwzględniania psychiki chorego w przypadkach mieszanych i czysto psychicznych. W tych razach wynik leczenia fizykalnego bywa żaden lub bardzo nieznaczny, gdyż leczenie winno być prowadzone w kierunku psychicznym. Słuszność powyższych uwag autor potwierdza szeregiem własnych spostrzeżeń.

A. Patocki.

(Gazeta Lekarska 1910, N-r 4, 5, 6).

## PIŚMIENNICTWO OBCE.

### REVUE NEUROLOGIQUE R. 1910 N-r 8—12.

N-r 8. MOSNY et BARAT. Tabes et amyotrophie au cours d'une méningo-encéphalo-myélite syphilitique.

U 39 letniego mężczyzny, który przechodził przymiot, w ciągu 20 miesięcy rozwinęły się liczne objawy wiądu rdzenia, zanik mięśni, zwłaszcza na obu kończynach górnych i na tułowiu typu Aran-Duchenne'a, pozatem obustronne porażenie III, IV, V, VI i XI pary nerwów czaszkowych, jednostronne VII i XII pary. Autor podkreśla szybkość i rozległość rozwoju sprawy chorobowej i uważa wiąd rdzenia i zanik mięśni za cierpienia w danym przypadku współrzędne na tle przymiotu.

PASTINE. Deux cas d'amyotrophie chronique consecutive à la paralysie spinale dont l'un avec examen anatomique.

W pierwszym przypadku w 17 lat, w drugim aż w 75 lat po przebyciu ostrego zapalenia rogów przednich rdzenia rozwinęły się objawy postępującego zaniku mięśni o typie Aran-Duchenne'a. Sekcja w drugim przypadku wykazała przewlekłe zapalenie rogów przednich. Autor jest zdania, 1) że przebyte w dzieciństwie ostre zapalenie rogów przednich rdzenia usposabia do postępującego zaniku mięśni o typie rdzeniowym; 2) że t. zw. postępujący zanik mięśni typu Aran-Duchenne'a należy uważać jedynie za zespół objawów, który w przypadkach czystych ma za tło anatomiczne przewlekłe zapalenie rogów przednich.

N-r 9. RAUZIER et ROGER. Hemiparaplegie flasque et douloureuse avec anesthésie du type radiculaire. Compression de la IV racine lombaire par un cancer du rachis. Affaissement de la IV vertèbre lombaire décilé par la radiographie.

U chorej 50 letniej rozwinęło się stopniowo wiotkie bolesne porażenie prawej kończyny dolnej z pasem znieczulenia, odpowiadającem rozgałęzieniu IV korzenia lędźwiowego. Wobec tego że chorej przed 3 laty odjęto pierś z powodu raka, autorzy przypuszczają przerzut rakowaty do kręgosłupa. Na rentgenogramie widać zsunięcię IV kręgu lędźwiowego na V. Autorzy podnoszą rzadkość zaburzeń czucia korzeniowych w rakach kręgosłupa zwłaszcza w części lędźwiowej i uzależniają je od zajęcia przez nowotwór opon i samych korzeni.

(Objaśnianie porażenia kończyny przez ucisk rdzenia na tej wysokości chyba tłomaczyć można pomyłką autorów. Refer.).

LÉRI et BOUDET. Hémiplegie d'origine bulbomêdullaire chez un tabétique (Contribution à l'ètude des paralysies du spinal dans le tabes).

Chory z niewątpliwemi oznakami wiądu rdzenia został nagle dotknięty, bez utraty przytomności i bez wyraźnych zaburzeń mowy, porażeniem prawych kończyn i porażeniem kilku nerwów czaszkowych: X, XI, XII, porażeniem górnych nerwów szyjowych po tej samej stronie. Autorzy przypuszczają ognisko rozmiękczenia w rdzeniu przedłużonym w okolicy jąder wspomnianych nerwów i zaznaczają, że, aczkolwiek porażenie n. XI w przebiegu wiądu rdzenia najczęściej bywa pochodzenia obwodowego, to jednak, jak to ich przypadek wykazuje, może być również pochodzenia ośrodkowego.

N-r 10. MASSARY et CHATELIN. Ménnigomyélite méningococcique à localisation exclusivement dorso-lombaire et simulant la myèlite transverse.

28 letni mężczyzna bez wiadomej przyczyny dostaje objawów poprzecznego uszkodzenia rdzenia. Przekłócie lędźwiowe wykazało w mętnym płynie obecność dwoinek Weichselbauma. 6-go dnia chory przy silnej gorączce umiera. Sekcja wykazała nacieczenie ropne wszystkich opon w części lędźwiowej, poniekąd w części grzbietowej rdzenia i zmiany zapalne w samej istocie rdzenia. Autorzy podnoszą etiologję cierpienia i potrzebę badań drobnowidzowych rdzenia, które jedynie może wykazać, czy obok zajęcia opon rdzeniowych i sam rdzeń dotknięty jest sprawą chorobową. Często t. zw. pozostałości po nagminnem zapaleniu opon to ślady udziału rdzenia w chorobie, zwłaszcza zajęcia rogów przednich.

SAINTON. De l'identité du signe nouveau décrit par V. Néri dans l'hémiplégie organique et du signe de Kernig.

Néri zauważył, że jeżeli osobnikowi, dotkniętemu niezbyt ciężkiem porażeniem połowiczem, polecimy w pozycji stojącej z rozstawionemi nogami i rękoma skrzyżowanemi na piersiach zgiąć tułów ku przodowi, to wówczas, kiedy tułów dochodzi prawie do linji poziomej, noga, dotknięta niedowładem, nieco się zgina, noga zdrowa pozostaje sztywną. Według Néri objaw ten zależy od nadmiernego napięcia zginaczy nóg. Zdaniem Sainton'a jest to objaw identyczny z objawem Kerniga pod względem tła fizjo-patologicznego, jedynie wywołany w warunkach nieco odmiennych, bo w pozycji stojącej.

N-r 11. BAUDOIN et PARTURIER. Sur les complications nerveuses de leucémies.

W przypadku białaczki szpikowej u mężczyzny 64 letniego, który na 6 dni przed śmiercią dostał porażenia wiotkiego kończyn dolnych, po śmierci znaleziono przy badaniu drobnowidzowem na znacznej przestrzeni rdzenia kręgowego zwyrodnienie szkliste naczyń, zmiany w komórkach ruchowych, obrzmienie wielu włókien osiowych, a w VI odcinku grzbietowym ognisko rozmiękczenia. Autorzy opisują znane w piśmiennictwie najrozmaitsze postaci schorzenia układu nerwowego w przypadkach białaczki (wybroczyny krwawe, nacieczenia białaczkowe, zwyrodnienie różnych pęczków w rdzeniu i t. p).

GOLDSTEIN et COBILOVICI. Un cas de paralysie agitante chez une ancienne basedovienne.

U kobiety 45 letniej, dotkniętej chorobą Basedowa, objawy tego cierpienia po kilku latach zmniejszyły się, natomiast wystąpiły objawy choroby Parkinsona. Gruczoł tarczowy pozostał wybitnie powiększony. Autorzy rozpatrują krytycznie patogenezę tych dwóch chorób i dowodzą, że współrzędne ich istnienie świadczy o pewnym związku pomiędzy różnymi gruczołami o wydzielinie wewnętrznej, a zwłaszcza pomiędzy tarczycą a przytarczycami.

N-r 12. SICARD et FOIX. Méningite cérébro-spinal avec sèquelles poliomyélitiques pures.

40 letni mężczyzna wśród objawów gorączkowych, nudności i wymiotów po trzech dniach choroby dostaje porażenia wiotkiego dolnych kończyn. W płynie mózgowo-rdzeniowym znaleziono liczne ziarenkowce. Po paru tygodniach jako jedyne następstwo całej choroby pozostało wiotkie porażenie z zanikami na jednej kończynie. Druga wróciła niemal do normy. Autorzy rozpoznają ostre ograniczone zapalenie rogów przednich, towarzyszące zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

St. Kopczyński.

## L'ENCÉPHALE. 1910.

N-r 1. CLAUDE H. et LÉVY-VALENSI. Syphilis cérébrale avec lésions multiples. Gonunes du corps calleux.

Dwa przypadki kilaków spoidła wielkiego. W pierwszym było wogóle sześć kilaków w mózgu, zaś jeden umiejscowiony był w kolanie spoidła wielkiego; w drugim było kilaków dwa: jeden w prawym płacie czołowym, drugi zaś w płacie spoidła wielkiego. Pierwszy przypadek dotyczył 36 letniej kobiety, u której w 6 lat po zarażeniu się kiłą wystąpiły objawy mózgowe w postaci bardzo silnych bólów głowy, lewostronnego niedowładu kończyn, (niedowład zrazu po leczeniu swoistem przeminął, później jednak powrócił i przetrwał do końca), prawostronnego, zaś później i lewostronnego opuszczenia powieki (ptosis dextra et sinistra), drżenia rąk, przymusowego płaczu i śmiechu oraz wyraźnego upadku władz umysłowych. Na autopsji stwierdzono szereg nowotworów w jednej i drugiej półkuli mózgowej, między innymi w prawej odnodze mózgowej, w lewem jądrze soczewicowatem oraz w spoidle wielkiem. Badanie drobnowidzowe potwierdziło istnienie nowotworów oraz wykazało pozatem ogniska rozmiękczenia i zmiany zwyrodnieniowe. Ogniska rozmiękczenia znaleziono w płacie czołowym lewej półkuli, w jądrze soczewicowatem z jednej i drugiej strony, w jądrze ogoniastem po stronie prawej oraz u podstawy odnogi mózgowej po stronie prawej. W moście Varola, w rdzeniu przedłużonym oraz w kręgowym na całej jego wysokości stwierdzono zwyrodnienie szlaku piramidowego, odpowiadające zmianom prawej odnogi mózgowej. Szlaki tylne uległy zwyrodnieniu w części szyjowej i grzbietowej.

W tym przypadku zasługuje na uwagę fakt, że pomimo zmian wyraźnych w lewem jądrze soczewicowatem, które było uciśnięte przez nowotwór oraz przedzielone przez dwa ogniska rozmiękczenia, nie spostrzegano żadnych zaburzeń mowy (ob. teorję niemoty ruchowej Mariégo. Przyp. ref.).

Drugi przypadek dotyczył 44-letniego mężczyzny, o usposobieniu milczącem i ponurem, który od lat dwu wykazywał większą jeszcze apatję i obojętność na wszystko, niż zwykle. 2 miesiące przed wstąpieniem do szpitala przechodził grypę z zapaleniem oskrzeli, poczem wystąpiły objawy wybitnego upośledzenia pamięci, artykulacyjne zaburzenia mowy, zachowanie się dziwaczne, często zdradzające zupełne otępienie lub brak orjentacji. Żadnych urojeń, żadnego podniecenia chory nie wykazywał.

Z objawów cielesnych zanotować należy drżenie języka, obustronny objaw Argyll-Robertsona (na dnie oka żadnych zmian).

W płynie mózgowo-rdzeniowym wybitna limfocytoza. Chory stopniowo stawał się coraz bardziej zamroczony, wreszcie wpadł w stan komatyczny i nastąpiła śmierć.

Najwybitniejsze objawy psychiczne były następujące: senność, utrata pamięci, postępujące zniedołężnienie umysłowe; zaś z cielesnych występowały na plan pierwszy: drżenie języka, zaburzenia artykulacyjne mowy, objaw Argyll-Robertsona oraz wybitna limfocytoza. Obraz kliniczny upoważniał do rozpoznania bezwładu postępującego. Okazało się jednak przy autopsji, że zarówno opony mózgowe, jak i kora były zupełnie nietknięte, natomiast znaleziono dwa kilaki, z których jeden zniszczył część płatu spoidła wielkiego, zaś drugi umiejscowiony był w lewym płacie czołowym. Objawy wspomniane odnoszą autorzy w tym przypadku raczej do kilaka w spoidle, niż do drugiego nowotworu.

Nawiązując do swych przypadków autorzy omawiają pokrótce symptomatologję nowotworów spoidła wielkiego. Za najbardziej zasadniczy w tym względzie uważają autorzy zespół objawów psychicznych, sformułowany przez Raymond'a: brak spójności w myśleniu, dziwaczność w zachowaniu się, zaburzenia pamięci, głównie zdolności zapamiętywania, wreszcie zmiana w usposobieniu: zmienność drażliwość wybitna; pozatem brak właściwych porażeń oraz nieznaczne natężenie albo brak ogólnych objawów mózgowych (bóle głowy, wymioty, zmiany na dnie oka).

Ten zespół objawowy odpowiada prawie zupełnie obrazowi klinicznemu, jaki przedstawiał przypadek drugi autorów.

Pod koniec pracy autorzy wspominają o apraksji po stronie lewej, objawie, opisanym przez Liepmanna, Hartmana, i t. d. i uważanym przez tych autorów jako objaw niemal ogniskowy dla spoidła wielkiego. Tego objawu autorzy w swoich przypadkach nie stwierdzili, przypuszczają jednak, że istniał.

Autorzy stwierdzają, że niema dotąd przypadku, gdzie stwierdzonoby w spoidle wielkiem kilaki, jak to miało miejsce w ich własnych przypadkach.

DAVIDENKOFF SERGE. Contribution à l'étude de l'ataxie aigue cérébrale.

W pierwszej części pracy autor omawia dzisiejsze poglądy na klinikę i anatomję patologiczną ostrego bezładu mózgowego.

Pod względem klinicznym choroba ta uważana jest za rozsiane zapalenie mózgu i rdzenia (myeloencephalitis disseminata) powstające na skutek jakiegoś zakażenia; objawowo zbliża się ona w wielu punktach do stwardnienia rozsianego. Pod względem anatomopatologicznym Oppenheim i Leyden umiejscawiają całą sprawę w pniu mózgowym, Dinkler i Lütje w mózgu, zaś Dejerine i Egger twierdzą, że wszystkie przypadki ostrego bez-

ładu są pochodzenia obwodowego. Autor, wyodrębniając bezład móżdżkowy, jako zespół swoisty, sądzi, że reszta przypadków bezładu ostrego ma swe podłoże anatomiczne w mózgowiu; brak wszelkich objawów opuszkowych przemawia przeciw umiejscowieniu sprawy w rdzeniu przedłużonym. Stosunek sprawy anatomicznej do stwardnienia rozsianego nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Jedni, jak np. Pick, sądzą, że cierpienie omawiane może przeobrazić się w stwardnienie rozsiane, inni uważają bezład ostry za sprawę odrębną.

Przypadek autora dotyczył 19 letniego młodzieńca, który zachorował na zapalenie płuc; w związku z tą chorobą wystąpiły nagle zaburzenia nerwowe: wybitny bezład wszystkich mięśni, od woli zależnych, włączając mięśnie warg, języka i mimiczne; wzmożenie odruchów ścięgnowych wraz z objawem stopowym i kolanowym. Później wystąpiło drżenie rąk i głowy; drżenie głowy zjawiało się i podczas spokoju, okresowo, w pewnych odstępach czasu. Żadnych objawów ogniskowych nie było; siła mięśniowa oraz czucie nie wykazywały żadnych zaburzeń; to samo powiedzieć można o odczynie elektrycznym, o działaniu zwieraczy, o dnie oka; w źrenicach zauważono tylko nierówność. Świadomość zupełnie zachowana. Zaburzenia ruchowe oraz zaburzenia mowy stopniowo słabły.

W 2 miesiące po wystąpieniu pierwszych objawów chory zmarł wskutek nawrotu zapalenia płuc. Autopsja wykazała zmiany, które autor dzieli na 2 kategorje: przewlekłe i ostre. Pierwsze polegały na zgrubieniu kości czaszkowych, zrostach między kośćmi czaszki i oponą twardą mózgu. Badanie drobnowidzowe wykryło stwardnienie tętnicy podstawowej (art. basilaris), oraz małych tętnic mózgowych; autor również zalicza je do kategorji zmian przewlekłych wskutek zatrucia przewlekłego np. kiły dziedzicznej. Wszystkie inne zmiany, stwierdzone przez badanie drobnowidzowe, autor odnosi do ostrej sprawy toksycznej w układzie nerwowym.

Zwyrodnienie komórek nerwowych (chromatoliza okołojądrowa) w jądrach opuszkowych i komórek kory mózgowej, zwiększona liczba jąder gleju dookoła naczyń włosowatych, lekki stopień zwyrodnienia obrębów korzeniowych w rdzeniu, zjawienie się w większej liczbie komórek, zawierających tłuszcz w przestrzeniach okołonaczyniowych — wszystkie te zmiany autor objaśnia sprawą toksemiczną. To samo sądzi autor o całej serji zmian obrzękowych, jak rozrzedzenie tkanki mózgowej, zwłaszcza wokoło naczyń, zbliżone do t. zw. „état criblé“. Naogół autor stwierdza brak wyraźnych cech stanu zapalnego w tkance mózgowej i podkreśla głównie brak nacieczeń w ściankach naczyń mózgowych, jak również brak zmian zapalnych w rdzeniu i nerwach obwodowych. Na tej zasadzie autor przychodzi do wniosku, że obraz kliniczny bezładu ostrego w danym przypadku powstał na podłożu rozlanych zmian toksemicznych mózgowia;

licznych ognisk zapalnych ograniczonych t. j. zapalenia rozsianego mózgu i rdzenia (myeloencephalitis disseminata) w ściślejszem znaczeniu nigdzie stwierdzić nie zdołano.

N-r 2. H. NOUËT et L. TREPSAT. Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique.

Autorzy opisują trzy przypadki typowej katatonji; choroba w każdym przypadku trwała po lat kilkanaście i dłużej. W okresach końcowych spostrzegali autorzy przykurczenia w kończynach górnych z zanikami mięśniowymi w dłoniach i przedramieniu. Przykurczenia te były stałe i wywoływały zmiany następcze na skórze dłoni od wpijania się paznokci. W kończynach dolnych przykurczeń takich autorzy nie widywali. Objaw ten autorzy uważają za bezwiedny, automatyczny i źródło jego upatrują w negatywizmie.

(Ref. spostrzegał przypadek katatonji, gdzie przykurczenia i zaniki dotyczyły przeważnie kończyn górnych, a zwłaszcza dłoni, jak u autorów, gdzie jednak również, choć w stopniu mniejszym, stwierdzono przykurczenia w stawach kolanowych).

M. Bornstein.

## BRAIN PART IV 1909 MARCH 1910 P. 327.

CHARTON BASTIAN. The functions of the kinaesthetic avea of the brain.

Rozważając czynności t. zw. okolicy czuciowo-ruchowej mózgu, autor przytacza trzy zasadnicze poglądy na tę sprawę: 1) Ferrier'a, że zakręty tej okolicy zawierają istotne ośrodki ruchowe ruchów dowolnych; 2) Munka i swój, że t. zw. ośrodki ruchowe są w rzeczywistości ośrodkami czuciowymi, odbierającymi zespoły czuć, wywołanych przez ruchy (kinästhetic) i wreszcie 3) Huglings-Jackson'a, przyjęty przez Horsley'a, że czynność tych zakrętów nie jest ani wyłącznie ruchowa, ani wyłącznie czuciowa, lecz czuciowo-ruchowa.

Szczegółowy i pouczający rozbiór tego zagadnienia doprowadza autora do wniosku, że należy odrzucić poglądy: pierwszy i trzeci, przyjąć zaś drugi. Według tego poglądu t. zw. okolica czucioworuchowa w rzeczy samej stanowi skupienie ośrodków czysto czuciowych. Włókna korowo-opuszkowe i korowo-rdzeniowe, wychodzące z komórek piramidowych zakrętu przedśrodkowego (praecentralis) są to włókna łącznikowe*) (internuncial),

*) Autor nazywa włókna te łącznikowemi (internuncial) dla odróżnienia ich od spoidłowych (commissural), łączących ze sobą te same ośrodki t.j. czuciowe z czuciowymi lub ruchowe z ruchowymi.

doprowadzające bodźce do właściwych ośrodków ruchowych w opuszce i rdzeniu.

Bodźce, idące od ośrodków czuciowych do ośrodków ruchowych, muszą przejść przez włókna łącznikowe i w ten sposób każdy ośrodek czuciowy, leżący czy to w mózgowiu, czy też w rdzeniu, musi być połączony nietylko z drogami ksobnemi (afferent) lecz i odsiebnemi (efferent). Co się zaś tyczy ośrodków, leżących w t. zw. okolicy czuciowo-ruchowej, to są one siedliskiem zespołów czuć, powstałych wskutek ruchów ciała i idących od mięśni, ścięgien, więzów, powierzchni stawowych i skóry; czucia te, razem wzięte, mogą być nazwane czuciami ruchowemi (kinästhetic). Ośrodki te muszą posiadać połączenia czynnościowe nietylko z ośrodkami słuchowymi i wzrokowymi, ale i ze wszystkimi innymi; natomiast mechanizm nerwowy, wchodzący w grę przy wykonywaniu związanych z temi czuciami ruchów dowolnych, znajduje się w opuszce i rdzeniu.

(Biorąc rzecz psychologicznie, jest to pogląd jedynie słuszny, jedynie dający się pogodzić z wynikami doświadczenia wewnętrznego — jedyna możność pogodzenia danych fizjologicznych z psychologicznemi. Ruch w świadomości nie może pojawiać się inaczej jak tylko w postaci pewnego doznawania, jako czucie, wywołane przez ruchy ciała wskutek podniet, powstałych w mięśniach, stawach i ścięgnach. W świadomości pojawiają się one jako doznawanie ruchu, z którego drogą eksperymentu albo wskutek pewnych zmian chorobowych mogą być wyodrębnione oddzielne postaci tego ogólnego czucia ruchowego: czucia mięśniowe, czucia stawowe i czucia ścięgnowe. Ale zwykle w świadomości te oddzielne postaci nie istnieją, istnieje tylko ogólne doświadczenie dokonanego ruchu — i nazwa czucia ruchowego albo czucia ruchu jest dla tej postaci doświadczenia najzupełniej usprawiedliwiona. W psychologji utarła się ona najzupełniej, jako nazwa, i ustaliła, jako pojęcie — należy również jedno i drugie wprowadzić i do fizjologji. Przyp. sprawozd.).

R. Radziwiłłowicz.

## THE JOURNAL OF NERV. AND MENTAL DISEASE. 1910.

N-r 3. PUTNAM i SOUTHARD. Observations on a case of protracted cerebrospinal syphilis with striking intermittency of symptoms: attempt at correlation with ascending meningomyelitis, cranial neuritis, subcortical encephalitis and focal encephalomalacia found at autopsy.

Przypadek dotyczy chorej, obarczonej dziedzicznie: ojciec umarł na „rozmiękczenie mózgu", matka—w zakładzie dla umysłowo chorych. U chorej przed obecnem cierpieniem notowano

ciężką histerję oraz napady migreny z parafazją i drętwieniem palców prawej dłoni.

W 23 roku zaraziła się przymiotem. W 5 lat potem do migrenowych bólów głowy przyłączyły się bardzo silne bóle w potylicy. Zaczęła gorzej chodzić, prawa noga wykazywała objawy kurczowe. Do tego przyłączyły się bóle i parestezje klatki piersiowej. Swoiste leczenie dało poprawę wybitną.

Po kilku miesiącach wystąpiła przemijająca utrata słuchu i wzroku oraz kilka napadów padaczkowych. Po 3 latach—zupełna utrata słuchu. Porażenie mięśni gałek ocznych to poprawiało się, to pogarszało. Wreszcie po 16 latach od początku choroby wystąpiło zupełne porażenie kończyn dolnych, odleżyny i zejście śmiertelne.

Przy badaniu pośmiertnem układu nerwowego wykryto: zanik kory mózgowej i móżdżkowej; zapalenie opony miękkiej mózgu i rdzenia; sprawa zapalna i zanik obu ciał prążkowanych i przednich odcinków torebki wewnętrznej; zaniki w lewej półkuli móżdżkowej; nerwy czaszkowe w stanie zaniku (III-i i VI-y nerw po stronie prawej, VII i VIII-y po stronie lewej oraz czuciowa gałązka V-ego lewego); zwyrodnienie szare długich dróg rdzeniowych; ogniska zapalne w przednich rogach lędźwiowej części rdzenia; zanik włókien ogona końskiego.

Autor chciałby z obrazu anatomo-patologicznego wyciągnąć wniosek praktyczny co do leczenia przymiotu układu nerwowego. Zmiany zapalne świeże powinny ustępować przy stosowaniu coraz większych dawek środków swoistych. Nadchodzi jednak okres, gdy zmiany są tak daleko posunięte, że żadne leczenie nie zniweczy wpływu, jaki miał jad przymiotu na odżywianie tkanki nerwowej. I w danym przypadku po 11 latach od początku choroby nerwowej były jeszcze ogniska, nadające się do leczenia swoistego.

HOWLAND. The spasmodic type of syringomyelia.

Postać kurczowa syringomyelji opisana przez Marie-Guillain w 1900 r. Najbardziej charakterystyczna jest pozycja chorego: pierś silnie wysunięta naprzód, zniekształcenie kręgosłupa, ręce przyciągnięte do tułowia, dłonie nadmiernie rozgięte oraz palce ułożone tak, iż tworzą „szczypce".

Znamiennym dla cierpienia jest fakt, że mięśnie przykurczone są słabsze od przeciwniczych.

Zmiany odżywcze w mięśniach nie są wybitne, tak iż niema właściwego zaniku mięśni, aczkolwiek autor stwierdził drgania włókienkowe w mięśniu trójkątnym. Badanie za pomocą prądu elektrycznego również nie wykrywa odczynu zwyrodnienia. Ten właśnie brak zmian elektrycznych i względnie dobrze zachowane mięśnie przy wybitnie wyrażonych objawach kurczowych charakteryzują dane cierpienie.

Czucie w danym przypadku wykazywało nieznaczne upośledzenie: chory nie odczuwał ciepła w okolicy pasa po stronie prawej oraz często dawał opóźnione odpowiedzi.

Cierpienie wystąpiło w 5-ym roku życia, rozpoczęło się od bólów w tyle głowy i skrzywienia kręgosłupa. Postępowało bardzo powoli: po 5 latach objawy kurczowe ogarnęły kończyny dolne, a ostatnio (po 11 latach) wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu.

N-r 4. MAILHOUSE. Some observations on an isolated case of family periodic paralysis.

Przypadek dotyczy 13 letniego chopca, obarczonego dziedzicznie, słabo rozwiniętego fizycznie i nieracjonalnie odżywianego (spożywał nadmiernie dużo mięsa). Po dłuższem leżeniu na mokrej trawie obudził się około 4-ej godz. nad ranem i zauważył, że nie może poruszyć kończynami. Porażenie trwało kilka godzin. Napady podobne zaczęły się powtarzać w odstępach czasu: od kilku dni do 3 miesięcy. Trwanie ich również zmieniało się: od 6 godzin do 36 godzin. Czasem było zupełne porażenie, innym razem tylko niedowład kończyn. Mięśnie karku niekiedy przyjmowały udział w porażeniu i chory nie mógł unosić głowy z poduszek. Odruchy zależnie od stopnia bezwładu znikały lub jedynie słabły. To samo z odczynem elektrycznym: w zupełnem porażeniu niemożna było otrzymać skurczu mięśni, w niedowładzie — należało użyć bardzo silnego prądu.

Zdarzało się, że tylko odcinki kończyn były porażone: stopy lub dłonie. Podczas jednego napadu mięśnie, zależne od nerwu łokciowego, pozostały nietknięte. Innym razem tylko mm. piszczelowe przednie nie odpowiadały na prąd elektryczny. Można by przypuszczać, że cała sprawa umiejscawia się na obwodzie, nie zaś w ośrodkach, wtedy bowiem porażone by były raczej grupy mięśni zrzeszonych czynnościami. Matka chorego wiąże napady z niezachowaniem djety lub zbytniem zmęczeniem. Środki przeczyszczające jakoby mogły powstrzymać napad w okresie zwiastunnym.

Badanie nad przemianą materji u chorego wykazało, że ustrój wydziela bardzo małą ilość soli wapnia i magnezu. Na tym fakcie autor opiera swą hypotezę powstawania danego cierpienia: sole wapnia i magnezu, jak wiadomo, znoszą przewodnictwo nerwowe—otóż zbytnie ich nagromadzenie we krwi lub w mięśniach wpływa na pnie nerwowe.

W danym przypadku i w jednym Mitchell'a znaleziono, że krew niezmiernie szybko się ścinała, co również należy objaśnić zwiększoną ilością soli wapnia.

BAILEY. Anesthesia and the lack of in the diagnosis of spinal cord tumors.

Zaburzenia czucia są ważnym czynnikiem rozpoznawczym nowotworów rdzenia. Autor twierdzi na podstawie osobistego doświadczenia, że rozszczepienie czucia spotyka się i w nowotworach zewnątrzrdzeniowych i w próchnicy kręgosłupa, że z drugiej strony bywają przypadki nowotworów wewnątrzrdzeniowych ze zniesieniem wszystkich rodzajów czucia lub z zachowaniem czucia bólowego i cieplikowego i ze zniesieniem dotykowego.

W przypadkach, gdzie zaburzeń czucia niema wcale, należy odrzucić rozpoznanie nowotworu rdzenia, choćby się ono nasuwało z innych względów. Dla ilustracji przytacza 3 przypadki, z których każdy naśladował nowotwór rdzenia. Wszystkie 3 bez zabiegu chirurgicznego poprawiły się doskonale.

W I-ym były niezmiernie silne bóle w lewej kończynie dolnej, zniesienie odruchu kolanowego. Siła mięśniowa i ruchy zachowane, aczkolwiek — zanik mięśni i zmniejszenie obwodu łydki. Wkrótce i prawy odruch kolanowy znikł. Pod skórą wyczuwano drobne guziczki bolesne. Przypuszczano, iż jest to neuro-fibromatoza opony. Nagle bóle zaczęły ustępować i wszystko powróciło do normalnego stanu oprócz odruchu kolanowego prawego, który się już nie zjawił.

W II-im przypadku były silne bóle i zmniejszenie objętości lewego uda. Zniesienie lewego odruchu kolanowego. Mięśnie leniwie odpowiadały na prąd galwaniczny. Powoli zaczęła występować poprawa i zniknięcie wszystkich objawów (oprócz zaniku uda).

W żadnym z tych przypadków autor przy rozpoznaniu różniczkowem nie uwzględnia zapalenia nerwów.

W III-im przypadku bóle bardzo silne umiejscowiły się wokoło odbytnicy. W mięśniach pośladków zauważyć można było drganie włókienkowe, w obu kończynach dolnych — zniesienie odruchu kolanowego. I tutaj bóle nagle ustąpiły w zupełności.

KRAUSS. Three cases of spinal cord tumor observed within a period of ten days; observations on the behavior of the cerebro-spinal fluid.

Obszerny opis 3 przypadków nowotworu rdzenia. Jeden z nich zasługuje na specjalną uwagę: pomimo istnienia nowotworu wewnątrz rdzenia (tuberculoma) nie było rozszczepienia, lecz wszystkie rodzaje czucia zniesione do jednej granicy.

W 3-im przypadku nowotworu zewnątrzrdzeniowego części szyjowej — znikły odruchy ścięgnowe w kończynach dolnych i objaw Babińskiego w końcowym okresie cierpienia.

HEARD i DILLER. Ankle clonus in a case of major hysteria.

Przypadek niniejszy ma jakoby rozstrzygnąć czy w histerji może być odruch stopy drgawkowy. 19 letnia dziewczyna bardzo nerwowa miewa napady drgawek natury histerycznej, które wystąpiły po raz pierwszy po uderzeniu w głowę. U chorej tej wywołać można odruch stopy drgawkowy. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia wszystkie te objawy ustąpiły.

Zylberlastówna.

THE LANCET. Kwiecień, maj, czerwiec 1910 r.

N-r 14. PETER PATERSON. A case of tetanus treated with subcutaneous injections of magnesium sulphate; recovery.

Przypadek dotyczy chorego lat 21, u którego 2 tygodnie po otrzymaniu małego powierzchownego zadraśnięcia na kończynie górnej, wystąpiły wszystkie objawy tężca. Tydzień po tem sprowadzono chorego do szpitala w bardzo ciężkim stanie (sztywność karku. szczękościsk, kurcze prawie we wszystkich mięśniach co 5 minut i częściej; zupełna bezsenność). Na drugi dzień chory otrzymał pierwsze podskórne wstrzyknięcie siarczanu magnezu; wstrzyknięto 10% wyjałowiony roztwór w ilości 10 centym. sz.; po 5 cent. sz. w dwóch miejscach. Natychmiast po wstrzyknięciu chory po raz pierwszy od 48 godzin spał całą godzinę. Wstrzykiwania takie powtarzano co 4 godziny i w dzień i w nocy w przeciągu dwóch dni. Już po dwóch dniach nastąpiła znaczna poprawa, bóle były mniejsze, kurcze powtarzały się rzadziej (mniej więcej raz na dwie lub 3 godziny). Następnie zaczęto wstrzykiwać po 20 centym. sz. co 4 godziny w przeciągu 4 dni. Sztywność mięśni znacznie się zmniejszyła i chory był w stanie sam się ubrać i mógł chodzić; 5 tygodni po sprowadzeniu do szpitala chory był wypisany i wrócił do pracy.

N-r 16. STIRLING LANDON. Lumbar puncture in meningitis and allied conditions.

Badania swe autor przeprowadził nad dziećmi, wykonał mianowicie nakłucie lędźwiowe w 4 przypadkach zapalenia rogów przednich, 4—chronicznego wodogłowia i w 50 przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych (23 przypadki gruźliczego pochodzenia, 10 przypadków zapal. opon na podstawie mózgu, 7 — z dwoinkami płucnemi, po jednym przypadku zakażenia prątkami Friedländera, gronkowcami, paciorkowcami, jeden przypadek surowiczego zapalenia i 6 przypadków niewiadomej etjologji). Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego autor zwracał uwagę na ciśnienie, ilość białka, liczbę limfocytów i leukocytów oraz badał płyn bakterjologicznie. Autor podaje w krótkości opis kilku rzadszych przypadków zapalenia opon mózgo-

wych, w których rozpoznanie postawione było dzięki nakłuciu lędźwiowemu i przychodzi do następujących wniosków. Wynik ujemny nakłucia lędźwiowego ma małe znaczenie, natomiast wynik dodatni często jest bardzo ważny przy rozpoznaniu. Lecznicze znaczenie nakłucia lędźwiowego jest, jak dotychczas, nieznaczne; w każdym razie należy dokonywać w niektórych przypadkach częstego nakłucia.

Przy objawach zajęcia opon mózgowych należy dawać urotropinę, którą już w pół godziny lub w godzinę po zażyciu stwierdzono w płynie mózgowo-rdzeniowym chorego (Crowe).

N-r 16. I. I. WEAVER. A case of epidemic cerebro-spinal meningitis, treated by Flexner aud Jobling's serum; recovery.

16-letnia dziewczyna dostaje nagle gorączki, wymiotów, bólów głowy i bólów w kończynach. Z dnia na dzień bóle zwiększają się, występuje niepokój, sztywność karku. Na 7-y dzień od początku choroby wykonano nakłucie lędźwiowe i otrzymano ropny płyn mózgowo-rdzeniowy z ziarenkowcami. Tegoż samego dnia wstrzyknięto do kanału kręgowego surowicę Flexnera i Joblinga; następne cztery dni wypuszczano codzień płyn mózgo-rdzeniowy i wstrzykiwano 15 cent. sz. surowicy; następnie wstrzykiwano surowicę co 2-gi dzień w przeciągu 6 dni. Już po pierwszych wstrzykiwaniach nastąpiła wyraźna poprawa; po miesiącu wyzdrowienie.

W tymże artykule Percy Marsh podaje statystykę śmiertelności w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych przed wprowadzeniem surowicy Flexnera i później: na 223 chorych bez surowicy zmarło 94 t. j. 42,1%, na 241, którym wstrzykiwano surowicę, zmarło 61 t. j. 25,3%.

N-r 19. JAMES HARPEP. Cerebellar abscess aud acute suppuretive labyrinthitis; differential diagnosis.

Autor omawia częstość zajęcia móżdżku w zapaleniach ropnych ucha wewnętrznego i podaje w pracy swej, przeznaczonej dla chirurgów, najważniejsze sposoby różniczkowania między cierpieniem móżdżku i błędnika. Szczególną uwagę autor poświęca trzem metodom badania drżenia gałek ocznych, metodom, dokładnie opisanym przez prof. Bárány'ego z Wiednia, mianowicie: 1) badanie na krześle wirującem, 2) badanie prądem galwanicznym, (jedna elektroda zostaje przyłożona do wyrostka sutkowego) i 3) najważniejsze badanie t. zw. „kaloryczne“ przez wlewanie do ucha wody o rozmaitej ciepłocie.

N-r 20. A. I. HUTCHISON. Jntracranial complications of middle - lar disease.

Najczęstsze powikłania ropnego zapalenia ucha wewnętrznego są: 1) zapalenie opon, 2) ropień wewnątrz-mózgowy, 3) zapalenie zatok żylnych ropne. Na 973 przypadki rozmaitych autorów w 362 było zapalenie opon mózgowych, w 355 ropień i w 256 zapalenie zatok żylnych. Autor opisuje cztery przypadki ropnego zapalenia ucha wewnętrznego, powikłanego cierpieniem ropnem mózgu: 1) dwa razy ropień w okolicy klinowo-skroniowej; jeden z tych przypadków był rozpoznany za życia, operowany i skończył się śmiercią na skutek zapalenia mózgu gnilnego; drugi przypadek nie był rozpoznany za życia; 2) jeden przypadek ropnia zewnątrzoponowego i 3) jeden przypadek zakrzepu zatoki żylnej. Ten ostatni był operowany pomyślnie.

N-r 20. C. V. KEBBELL. A case of cephalic tetanus (Kopf tetanus of Rose).
Historja choroby 5-letniego chłopca, który skaleczył się w głowę. 7 dni po skaleczeniu wystąpiło osłabienie nerwu twarzowego po jednej stronie, a następnie stopniowo przyłączały się wszystkie inne objawy tężca głowy, a mianowicie kurcze i sztywność w mięśniach szczęki, nieznaczna sztywność mięśni karku; w kończynach sztywność minimalna. Osłabienie nerwu twarzowego przeszło stopniowo w porażenie zupełne. Po miesiącu dopiero minęły najcięższe objawy, a trzy miesiące od początku choroby pozostała jeszcze pewna sztywność szczęki, wskutek czego chory miał jeszcze trudność przy jedzeniu.

N-r 23. JOHN MACEWEN. Encapsulated cerebral abscess.
Opis przypadku ropnia móżdżkowego, bardzo dużego i trwającego dłuższy przeciąg czasu, zajmującego zraz klinowoskroniowy, wyspę Reila i komory boczne. Objawy były stosunkowo nieznaczne. Operacja z zejściem śmiertelnem.

N-r 24. GEORGE A. GORDON. A fatal case of gastric tetanus.
Krótka notatka kliniczna przypadku tężca pochodzenia żołądkowego (?) o bardzo szybkim przebiegu (autor obserwował chorą tylko jedną dobę) i zakończonego śmiercią.

N-r 25. FR. BALTEN. Influenzalmeningitis.
Zapalenie opon mózgowych grypowe jest cierpieniem bardzo rzadkiem; prawdopodobnie jednak rzadkość tego cierpienia należy poczęści położyć na karb tego, iż szukano niedostatecznie drobnoustrojów grypy. Autor podaje, iż do listopada 1908 r. w szpitalu dla chorych dzieci w Londynie nie było ani jednego

przypadku tego cierpienia, a od tego czasu — 5 przypadków, w których tylko jeden chory wyzdrowiał, a 4-ch zmarło.

Objawy tego cierpienia są bardzo podobne do zapalenia opon z ziarenkowcami i trudno byłoby na zasadzie samych objawów klinicznych postawić podobne rozpoznanie; możliwe to jest tylko po dokładnem bakterjologicznem zbadaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. W celach leczniczych należy dokonywać częstych nakłuć lędźwiowych, jednak często bez skutku; w jednym przypadku autor stosował, podług rady Crowe'a, urotropinę i w tym jednym przypadku nastąpiło wyleczenie.

N-r 25. CROSSFIELD STEVENS. Four cases of sporadic cretinism in one family.

Praca ta jest ciekawa z następujących powodów. Po — 1) 4 przypadki sporadycznego kretynizmu w jednej rodzinie nie były dotychczas opisywane, a po 2) we wszystkich 4-ch przypadkach było powiększenie gruczołu tarczowego. Rodzice tych dzieci byli zdrowi, żadnych wyraźnych danych dziedzicznych nie było; oprócz tych czworga dzieci ojciec miał tylko jedno zdrowe dziecko z pierwszą żoną.

Z pośród tych czworga troje starszych — chłopcy, najmłodsza — dziewczynka. Wszystkie te dzieci są znacznie niższe niż normalne; pod względem psychicznym drugie z rzędu wykazuje największy zanik inteligencji, najmłodsze jest jeszcze stosunkowo najbardziej rozwinięte; wogóle wszystkie 4 dzieci nie mogą się uczyć; najstarszy jest w stanie wykonać tylko najprostsze zadania arytmetyczne, drugi z rzędu umie zaledwie bardzo słabo czytać, trzeci nie umie odróżniać liter. Autor dzieli kretynizm na trzy formy: 1) z brakiem gruczołu tarczowego, 2) z zanikiem gruczołu tarczowego i 3) z przerostem gruczołu; jego przypadki należą do trzeciej grupy.

Leczenie gruczołem tarczowym nie przyniosło jak dotychczas wyników dodatnich.

J. Handelsman.

## NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 8. A. WALLENBERG. Beitrag zur Lehre vom Ursprung des Levator palpebrae superioris und seinen angeblichen Beziehungen zur Grosshirnrinde.

Autor podaje wyniki badania anatomo-patologicznego w przypadku, w którym za życia prócz bezwładu połowiczego prawostronnego istniało zupełne porażenie m. unoszącego powiekę górną. Badanie wykazało w lewej półkuli mózgu ognisko roz-

miękczenia, które od przodu sięgało do płata czołowego, od tyłu do płata potylicznego, zajmując głównie dolny płat ciemieniowy.

Potwierdzałoby to poniekąd przypuszczenie Landouzy'ego i Grasset'a, wypowiedziane przez nich w r. 1876, a zaprzeczane następnie przez wielu późniejszych badaczy, iż ośrodek ruchowy dla mięśnia unoszącego powiekę górną znajduje się w dolnym zakręcie ciemieniowym lub też w zakręcie brzeżnym (gyrus marginalis). Okazało się jednak przy szczegółowem badaniu, iż po za wspomnianem ogniskiem istniało w danym przypadku jeszcze drugie bardzo nieznaczne, bo obejmujące na przekroju poprzecznym przestrzeń 3 mm., ognisko rozmiękczenia w obrębie jądra n. okoruchowego w części ogonowej.

To ostatnie więc ognisko należy uważać, zgodnie z istniejącym obecnie poglądem, za ośrodek dla m. unoszącego powiekę górną.

G. MINGAZZINI. Über die Durschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln bei der Tabes.

Autor powołuje się na to, iż przed 10 laty na posied. Tow. Lek. w Rzymie zaproponował dokonywanie wycięcia korzeni tylnych krzyżowo-lędźwiowych w tych przypadkach wiądu rdzenia, gdzie uporczywe bóle niczem zwalczyć się nie dają. Wówczas propozycja ta została sceptycznie przyjęta. Później dopiero Förster zaproponował podobny zabieg, który obecnie nosi jego miano, w przypadkach ciężkich napadów żołądkowych w wiądzie rdzenia. Dodatnie wyniki takiej operacji w kilku przypadkach zostały już ogłoszone, między innymi Bruns'a i Sauerbruch'a (Mitt. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XXI. 1909.)

C. HUDOVERNIG. Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit.

Wiadomo, iż przy odróżnianiu prawdziwej bolesności na ucisk od rzekomej w przypadkach symulacji posiłkować się możemy t. zw. objawem Mannkopf'a, polegającym na tem, iż tam, gdzie ucisk powoduje rzeczywisty ból, następuje przyspieszenie uderzeń tętna, czego niema przy bólu symulowanym. Spostrzeżenia Mannkopf'a dotyczą jednak tych przypadków, gdzie bolesność przy ucisku zależy od zaburzeń czynnościowych (histerja, neurastenja). Autor zaś poddał badaniu te przypadki, w których ból przy ucisku występował naskutek sprawy organicznej (blizny po operacjach lub uszkodzeniach, sprawy zapalne), przyczem żadnych objawów nerwicy nie dostrzegano. Otóż okazało się, iż pośród 35 takich przypadków tylko w 3 wrażliwość na ucisk przejawiała się w przyspieszeniu tętna, w pozostałych zaś 32 przy ucisku, powodującym ból, występowało zmniejszenie liczby

tętna, dochodzące nieraz do 20 na minutę, przeciętnie wynoszące 14 uderzeń na minutę.

Zwrócić należy uwagę, iż to zwolnienie tętna trwało bardzo krótko w ciągu jednej lub dwóch minut od chwili wywierania ucisku, poczem tętno wracało zawsze do poprzedniej normy. Zdaniem autora objaw powyższy zwolnienia tętna służyć może do odróżniania wrażliwości na ucisk zależnej od zaburzeń czynnościowych od takiejże wrażliwości, powodowanej przez zmiany organiczne.

M. FRIEDMANN. Überlokalisierte Rückenwirbelempfindlichkeit bei Herzneurosen.

Autor zauważył, iż u wielu bardzo osób, dotkniętych nerwicą serca, istnieje wybitna bolesność przy ucisku wyrostka ościstego 3-ciego kręgu grzbietowego i sądzi, iż bolesność ta do pewnego stopnia poczytywana być może za cechę przedmiotową nerwic serca. Dla uzasadnienia swego przypuszczenia powołuje się na prace Head'a, który dowodzi, iż cierpieniom narządów wewnętrznych odpowiadają na skórze pewne obręby nadczułości.

N-r 9. E. MEYER. Totale Hemiatrophie.

Autor opisał przypadek lewostronnego połowiczego niedowładu, powikłanego połowiczym zanikiem, który dotknął przeważnie mięśnie, a w znacznie mniejszym stopniu skórę, tkankę podskórną i kości. Co do szczegółów zaznaczyć należy iż objawy kurczowe wyrażone były w kończynach dotkniętych w stopniu niezbyt wybitnym, mięśnie, będące w stanie silnego zaniku, nie wykazywały zmian pobudliwości elektrycznej, po stronie porażonej występowały zaburzenia naczynio-ruchowe (brak potliwości i ziębienia po tej stronie), wreszcie istniały zaburzenia czuciowe—połowicze lewostronne osłabienie czucia oraz utrata wszelkich rodzajów czucia w obrębie od 1 do 4 korzeni szyjowych, pozatem podmiotowo bóle w kończynach. Wszystkie te objawy rozwinęły się powoli w ciągu szeregu lat. W niezwykłym tym i ciemnym bardzo przypadku autor upatruje z jednej strony cechy zaników mięśniowych, spotykanych w porażeniach połowiczych, z drugiej zaś strony widzi również objawy zaburzeń nerwowych odżywczych (Trophoneurose).

H. HAENEL. Ein neues Symptom bei Tabes dorsalis.

Opisany przez autora objaw, spostrzegany przez niego wyłącznie prawie u chorych, dotkniętych wiądem rdzenia, polega na zniesieniu lub znacznem osłabieniu uczucia bolesności, jakie występuje zawsze u osobników zdrowych przy uciskaniu gałek ocznych w kierunku ku podstawie jamy ocznej. Ucisk najlepiej wykonywać za pomocą jednego lub dwóch palców. Rodzaj odczuwanego przy ucisku tym bólu porównać można z tem bole-

snem uczuciem, jakie się otrzymuje przy ucisku na jądra. W połowie spostrzeganych przez autora przypadków wiądu rdzenia bolesności tej wywołać nie można było przy silnym nawet ucisku na gałki oczne; czasami objaw ten występował w jednej tylko gałce ocznej.

Objaw powyższy, nazwany przez autora „Bulbussymptom", wskazuje, zdaniem autora, na zajęcie sprawą chorobową n. współczulnego. Zależność objawu tego od n. trójdzielnego autor uważa za nieprawdopodobne, gdyż w kilku przypadkach cierpienia tego nerwu, jak również w dwóch przypadkach wycięcia zwoju półksiężycowatego (ganglion Gasseri), spostrzeganych przez autora, objawu tego nie było, natomiast występował on bardzo wybitnie w dwóch przypadkach niewątpliwego zajęcia sprawą chorobową n. współczulnego szyjowego.

R. LAUDENHEIMER. Zur Behandlung und Theorie der Bromismus.

Z powodu opisanych przez Ulricha (patrz Neurol. Polska zes. I streszczenie str. 64) dwóch przypadków klinicznych wyleczenia bromizmu zapomocą soli kuchennej autor przedewszystkiem zaznacza, że już przed 13 laty na podstawie badań swych nad przemianą materji doszedł on do wniosku, iż przez wprowadzenie do ustroju soli kuchennej możemy wzmódz wydzielanie z moczem bromu, i że następnie w 1901 r. na zjeździe niemieckich neurologów w Baden-Baden przedstawił szereg przypadków klinicznych, wykazujących, iż przez podawanie dużych dawek soli kuchennej (do 20 grm. pro die) skutecznie i szybko zwalczać możemy objawy zatrucia bromem.

Obecnie autor opisuje nowe spostrzeżenia nad działaniem leczniczem soli kuchennej. Dotyczą one czterech przypadków padaczki, w których podawanie bromu w dawkach od 6—10 grm. pro die trwało przez czas dłuższy, co w dwóch przypadkach doprowadziło do wyraźnych objawów bromizmu. U wszystkich tych chorych dokonywane były badania przemiany materji, przyczem okazało się, że przy podawaniu NaCl w dawkach od 15—20 grm. pro die wydzielanie z moczem bromu wzrosło w dwójnasób, a w dwóch przypadkach bromizmu objawy zatrucia bromem ustąpiły zupełnie po 3 dniach przyjmowania NaCl. We wszystkich tych przypadkach podawanie bromu nie przerywano.

Wynik leczniczy podawania soli kuchennej w przypadkach bromizmu zależy, zdaniem autora, nietylko od usunięcia z ustroju nagromadzonych w nim ilości bromu, lecz również od wzbogacenia ustroju w NaCl, którego ilość w ustroju zmniejsza się znacznie przy przyjmowaniu bromu, jak to wykazały badania autora i innych. Dowodem tego służyć może ten jeszcze fakt, iż u osób niedokrwistych, u których ilość chlorków w moczu stale okazuje się zmniejszoną, objawy bromizmu występują

najłatwiej i szybko bardzo ustępują przy podawaniu im soli kuchennej.

L. D.

## DEUTSCHE MEDIC. WOCHENSCHRIFT. 1910.

N-r. 1. G. VOSS. Zur Frage der Entartung und Entartungsirreseins.

Autor ocenia współczesne metody badań, stosowanych w celu wykrycia cech dziedzicznych i zwyrodnienia u przodków chorych nerwowo i umysłowo; wskazuje brak racjonalnej metody określenia praw dziedziczenia. Wpływ obarczenia dziedzicznego na powstawanie cierpień układu nerwowego należy jednak bezwzględnie uznać. Niektóre postaci chorobowe wysuwają się pod tym względem na plan pierwszy; wśród psychoz przedewszystkiem obłęd maniakalno-depressyjny. Ztąd wciąż odradzająca się potrzeba wielu autorów tworzenia oddzielnej grupy psychoz dziedzicznych, wyodrębnienia z pośród uznanych dzisiaj jednostek chorobowych, np. otępienia wczesnego, tych postaci, które łącznie utworzyłyby grupę t. zw. obłąkania na tle zwyrodnienia (Entartungsirresein). Scisłej granicy między wewnątrzpochodnemi i zewnątrzpochodnemi psychozami wskazać jednak niepodobna. Należy też pamiętać o wpływie otoczenia, wychowania, co znów wysuwa na plan przedni sprawę praktyczną: zapobieganie powstaniu choroby umysłowej.

ARTUR v. SARBO. Ueber einen operierten Fall von Leptomeningitis chronica circumscripta der Centralregion.

Autor omawia przypadek przewlekłego ograniczonego zapalenia opon miękkich w obrębie ośrodków ruchowych lewej półkuli. Z dzieciństwa chorego podkreślić należy: spóźniony okres rozwoju mowy i niedorozwój umysłowy, co autor uzależnia od przypuszczalnego zapalenia opon wewnątrzmacicznego. W 19-ym roku życia udar; po nim kilka tygodni prawostronny bezwład połowiczy z afazją. Po kilku latach osłabienie prawej kończyny górnej, stopniowo nawrót bezwładu połowiczego, lecz już o cechach kurczowych z objawem Babińskiego i osłabieniem czucia dotykowego i bólowego na obwodzie kończyn prawych. Po roku napad padaczki; zahamowanie, obawy obłędu, zamiary samobójcze, okres zastoju umysłowego. Operacja (Krause) stwierdza rozpoznanie kliniczne: zapalenie opony miękkiej na lewym zakręcie ośrodkowym z obrzękiem. Znaczna poprawa objawów psychicznych, chodu; zamiast objawów kurczowych bezwład wiotki; kilkakrotne napady padaczki. Autor zaleca możliwie wczesne operowanie; przeprowadza analogję między ograniczonem zapale-

niem surowiczem opon rdzenia a przypadkiem swoim. Wczesna bardzo sprawa oponowa może długie lata być w ukryciu, by w warunkach sprzyjających wybuchnąć w postaci określonego zespołu objawów klinicznych, powodując często padaczkę objawową.

N-r 2. HAUS BETHGE. Ein Beitrag zur Behandlung der Meningokokkenträger.

Autor daje wskazówki praktyczne, jak zapobiegać szerzeniu się nagminnego zapalenia opon mózgowych i przerywać epidemję drętwicy karku. Najważniejszą rzeczą jest odosobnienie chorych; następnie wszyscy mieszkańcy danej miejscowości, u których wykryto w jamie nosowej i w ustach ziarenkowce oponowe (meningokokki), podlegają leczeniu zapobiegawczemu, mianowicie racjonalnemu odkażaniu nosa i ust. Ze środków, stosowanych w tym celu, na pierwszem miejscu wymienić należy Perhydrol z warunkiem uprzedniego oczyszczenia jamy nosa i ust 1% rozczynem soli kuchennej.

H. OPPENHEIM u. M. BORCHARDT. Zur Meningitis chronica serosa circumscripta (cystica) der Gehirns.

Oppenheim opisuje przypadek cierpienia mózgowego po urazie, rozpoznane jako nowotwór lub torbiel (mening. ser. circumscr. cystica) w prawej tylnej jamie potylicowej. Niektóre objawy kliniczne ustępowały pod wpływem leczenia rtęcią i jodem, wracały jednak, tworząc coraz bardziej wyraźny zespół objawów uciskowych: zastoinę tarcz, zanik prawego nerwu wzrokowego, adiadokokinezę prawej ręki, szmer w prawej tylnej okolicy potylicowej i t. d. Operacja (Borchardt), wykonana w trzech odstępach, wykryła torbiel w oponach miękkich u podstawy prawej półkuli móżdżkowej. Po operacji stopniowo ogólne wyzdrowienie z pewnymi brakami, jak nprz. zanik prawego nerwu wzrokowego, w części i lewego. Tworzenie się torbieli, jak sądzą autorowie, zależne jest od nagromadzenia płynu w miejscach niegdyś zapalnych, odłączonych dzięki zrostom od dróg chłonnych. W drugim przypadku, podanym przez Borchardta, a operowanym również z dobrym wynikiem, wykryto w okolicy nerwów słuchowego i twarzowego torbiel. Rozpoznanie kliniczne wahało się między zapaleniem surowiczem i nowotworem prawej półkuli móżdżkowej. Tylną okolicę jamy czaszkowej należy uznać za miejsce, najbardziej sprzyjające tworzeniu się torbieli w oponach miękkich.

N-r 3. F. EICHELBERG. Ueber spinale Kinderlähmung.

Autor omawia właściwości pierwszej dużej epidemji porażenia dziecięcego rdzeniowego w Niemczech. Z bogatego zbioru

szczegółów klinicznych podkreślić należy: ujemny zawsze wynik badania bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego oraz brak wyraźnie zaznaczonej limfocytozy w tym płynie.

N-r 6. G. ANTON. Ueber krankhafte moralische Abartung im Kindesalter.

Autor porusza żywotną kwestję moralnego niedorozwoju dzieci, streszcza zmiany w poglądach na t. zw. moral insanity; zgodny zresztą jest pogląd, że niedorozwój moralny i braki w dziedzinie uczuciowej nie zawsze idą równolegle z zaburzeniami dziedziny umysłowej. Istnieje szereg cierpień psychicznych, w których przemijająco lub przez dłuższy okres czasu występują objawy zwyrodnienia moralnego. Mogą one być nabyte, lecz częściej zjawiają się już we wczesnem dzieciństwie, a najbardziej w okresie dojrzewania płciowego; wtedy trwać mogą przez całe życie. W szeregu postaci zwyrodnienia moralnego należy stawiać rozmaite rokowanie. Wyodrębnianie poszczególnych postaci zmniejsza wprawdzie grupę t. zw. wrodzonego otępienia moralnego, termin jednak moral insanity utrzymać należy, stwierdza on bowiem istnienie spraw chorobowych i zaburzeń rozwojowych, które wpływają ujemnie przedewszystkiem na dziedzinę czuciową i moralną osobnika.

N. ROTH. Bluntuntersuchungen bei Morbus Basedowii.

Badania autora potwierdzają wykryte po raz pierwszy przez Kochera zmiany w krwi osób, cierpiących na chorobę Basedowa. Autor spostrzegał je w większości swoich przypadków. Charakterystyczną cechą tych zmian jest zmniejszenie ilości hemoglobiny, limfocytoza i mononukleoza obok zmniejszenia liczby białych ciałek krwi. Sprawy gorączkowe nie wpływają na mononukleozę, natomiast usuwają limfocytozę, a ilość białych ciałek krwi się zwiększa. W postaciach poronnych badanie ilościowe krwi ma więc wybitne znaczenie. Podane piśmiennictwo przedmiotu.

N-r 8. R. KREFTING. Leichensera und Wassermansche Syphilisreaktion.

Badania eksperymentalne przekonały autora o słuszności zdania Brucka, że odczyn kiłowy jest właśnie przejawem żywego swoistego odczynu biologicznego. Nie przeczą takiemu twierdzeniu niektóre dodatnie wyniki próby Wassermanna w surowicy zmarłych; pamiętać należy, że odczyn ten dają również surowice ludzi, zmarłych z powodu takich cierpień, jak rak, gruźlicze zapalenie opon mózgowych, zakażenia i inne.

MAX RAETHER. Mitteilung über einen Fall von Psychose nach Fleischvergiftung.

Podany przypadek zatrucia zepsutem mięsem końskiem.

Równolegle do objawów ostrych kiszkowych rozwinęły się objawy nerwowe (ptoza, niedowład nerwów twarzowych, zez, zniesienie odruchów ścięgnowych i t. d.) i psychiczne—zamroczenie, zahamowanie myślowe, osłabienie pamięci. Wszystkie objawy ustąpiły powoli w przeciągu miesiąca. Autor najchętniej zaliczyłby swój przypadek do kategorji tych, które Kraepelin łączy pod nazwą obłędu z zatrucia (Vergiftungsdelirium).

N-r 10. O. NORDMANN. Hysterischer und spasticher Darmverschluss.

Autor-chirurg przychodzi na podstawie swego klinicznego doświadczenia do następujących wniosków. Histerja i niektóre inne cierpienia układu nerwowego mogą przez kurcz mięśni wywołać objawy właściwe zadzierżgnieniu jelit lub wogóle niedrożności jelit. Zarówno operacja, jak i autopsja często nie pozwalają wyjaśnić ukrytej przyczyny kurczu. Leczenie zachowawcze jest wskazane, o ile stan ogólny nie grozi niebezpieczeństwem utraty życia; w przeciwnym razie należy wykonać przetokę jelitową (Enterostomia). Rokowanie jest dobre, o ile jednocześnie z kurczami mięśni nie rozwijało się osłabienie kiszek, które leczeniu poddaje się z trudnością.

J. JAQUET. Ueber die Meningitis tuberculosa bei älteren Individuen.

Badania kliniczne autora świadczą, że zapalenie gruźlicze opon mózgowych w wieku ponad 40 lat nie jest tak rzadkie, jak się wydaje. Z 16 przypadków tego cierpienia 7 zdarzyło się w wieku od 41—68 lat. Autor podaje opis kliniczny i anatomopatogiczny tych przypadków; przychodzi do wniosku, że obraz kliniczny cierpienia w wieku dojrzałym nie posiada nigdy tak jaskrawo zarysowanego zespołu objawów, jak u dzieci lub w wieku młodzieńczym; cierpienie kończy się śmiercią znacznie prędzej, wreszcie zmiany histopatologiczne niekiedy nie są bardzo wyraźne. To też zapalenie opon gruźlicze u ludzi starszych, jako powikłanie innego cierpienia, może z łatwością zostać niepostrzeżonem.

N-r 11. FR. ENGELS. Kasuistische Beitrage zur Segmentdiagnose des Rückenmarks.

Autor szczegółowo omawia przypadek operowanego nowotworu rdzenia (piaszczak opony twardej). Umiejscowienie sprawy uciskowej wskazywała górna granica zmian czucia (4—5 odcinek grzbiet.), z poprawką według prawa Sherringtona o udziale kilku sąsiednich odcinków rdzenia w unerwianiu poszczególnych obrębów skóry. Drugi przypadek dotyczy urazowego cierpienia rdzenia na skutek wkłucia ostrego pilnika, rzuconego z odległości 10 metr. W obrazie klinicznym było porażenie rucho-

we pewnych tylko grup mięśniowych i zniesienie lub osłabienie wszystkich postaci czucia prawej kończyny dolnej. Brak zespołu objawów Brown-Séquarda skłania autora do przypuszczenia, że pilnik wbił się w pęczki Golla i Burdacha prawej strony, przeszedł przez neuron ośrodkowy słupów przedniobocznych w istocie szarej przed skrzyżowaniem dróg czuciowych i dosięgnął prawego rogu przedniego.

N-r 12. M. SUGAR. Ueber abnorme Temperaturempfindungen. Ein neuer klinischer Symptom.

Autor spostrzegał w 25 przypadkach stwardnienia wieloogniskowego następujący objaw: gdy dotykał się do poszczególnych obrębów skóry dwoma probówkami, jedną z wodą zimną (0°), a drugą z gorącą (50°), przytem każdą probówką oddzielnie, to chorzy rozpoznawali i zimno i ciepło; jeżeli zaś zbliżał probówki i dotknął się ciała obu jednocześnie, to chorzy doznawali jedynie wrażenia bardzo silnego gorąca. W innych cierpieniach układu nerwowego, a także u ludzi zdrowych objawu tego Sugar nie spostrzegał. Dalsze badania wskażą, o ile objaw omówiony będzie mógł służyć dla różniczkowego rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego.

H. BOUHOFF. Zur Aetiologie der Heine-Medinschen Krankheit.

Autor badał histopatologicznie dwa przypadki ostrego porażenia dziecięcego rdzeniowego. Prócz zmian, właściwych temu cierpieniu, spostrzegał on w obu przypadkach ciałka obce w jądrach gleju zarówno w istocie szarej, jak i białej. Czy są to drobnoustroje, wywołujące cierpienie, czy też tylko wytwory podrażnienia substancji jąder przez drobnoustroje, autor nie rozstrzyga. Nie są to jednak bynajmniej jąderka, gdyż, popierwsze, ilość omawianych ciałek obcych jest w niektórych jądrach bardzo liczna, powtóre, i co najważniejsze, wewnątrz pewnej liczby tych ciałek udaje się spostrzedz jakieś twory. By otrzymać wskazane obrazy histopatologiczne należy jako płyn utrwalający używać nasycony rozczyn sublimatu (100,0) + wyskok czysty (50,0) lub 4% formalinę, a barwić płynem Manna, zmienionym przez Leutza.

N-r 13. TILMANN. Diagnose und Behandlung der Hirnverletzungen.

Przedmiotem artykułu jest, z jednej strony, ocena krytyczna symptomatologji cierpień chirurgicznych mózgu, z drugiej, wskazania do tych lub innych zabiegów w wymienionych cierpieniach. Postępowanie w przypadkach poranienia czaszki, względnie mózgu, winno być wogóle wyczekujące, zachowawcze; gdy nastąpiło znaczne uszkodzenie, wskazane jest najostrożniejsze opatrzenie rany; wykonać trepanację należy, gdy wzrastają objawy ucisku nasku-

tek krwawienia lub nieustają napady padaczki objawowej. — Wśród szeregu niezwykle cennych uwag chirurgicznych znajdujemy niemniej ciekawe, a liczne wskazówki, jak tłumaczyć różne objawy nerwowe, wywałane przez urazy czaszki lub mózgu.

Julj. Rot.

## DEUTSCHE ZEITSCHR. f. NERVENHEILK. 1910. Zeszyt 3/4

Prace na 3-im Zjezdzie Towarzystwa neurologów niemieckich w Wiedniu d. 17—19 Września 1909 r. odczytane.

1. E. ROMBERG. Die Lehre von den Herzneurosen.

Autor określa nerwicę serca jako zaburzenie unerwienia, nie wywołujące poważniejszych zmian w krążeniu ogólnem, połączone natomiast z nienormalnemi czuciami, oraz zaburzeniami ruchowemi ze strony serca i naczyń. Objawów, właściwych wyłącznie nerwicom serca i pozwalających na stanowcze odróżnienie ich od cierpień organicznych, a zwłaszcza lekkich zmian mięśnia sercowego, mamy bardzo mało. Należą do nich niektóre zaburzenia tętna, a mianowicie t. zw. niemiarowość oddechowa (przyspieszenie tętna podczas wdechu, zwolnienie podczas wydechu) oraz niemiarowość dziecięca, gdy pauzy rozmaitej wielkości dzielą jednakowej siły uderzenia tętna.

Najczęstsza pozaskurczowa postać niemiarowości (arythmia extrasystolica) zjawia się zarówno w cierpieniach organicznych, jak i w nerwicach serca. Dobrze zcharakteryzowaną postać nerwicy sercowej stanowi przyspieszenie tętna napadowe (tachycardia paroxysmalis), uważane za równoważnik napadu padaczkowego lub migrenowego.

Nerwowa postać dusznicy bolesnej (angina pectoris vasomotoria) nie posiada żadnych swoistych objawów, pozwalających na stanowcze odróżnienie napadu nerwowego od napadu rzeczywistej dusznicy zwłaszcza, iż ogólny „wygląd“ nerwowy napotykany jest w obu postaciach; decyduje o sprawie głównie dalszy jej przebieg. W ogólności dojść należy do wniosku, iż najpewniejszy sprawdzian rozpoznawczy stanowi ogólny stan krążenia: znaczne jego pogorszenie dowodzi sprawy organicznej. W przypadkach natomiast, gdzie sprawa organiczna słabo rozwinięta nie wywołała jeszcze poważniejszych zaburzeń krążenia, przeważnie musimy kierować się wywiadami, rodzajem skarg chorego i t. p. Odróżniać należy wreszcie przypadki, w których objawom, zależnym od sprawy organicznej, towarzyszą rozwijające się na tem tle objawy czynnościowe; zadanie rozpo-

znania polega wówczas na wyodrębnieniu w obrazie klinicznym każdego z tych dwu czynników.

2. A. HOFFMANN. Die Lehre von den Herzneurosen (Symptome und Therapie der Herzneurosen).

Jako zaburzenia serca czynnościowe, autor określa, po pierwsze, objawy występujące w takich cierpieniach serca, w których niewątpliwie brak wszelkich zmian organicznych tego narządu, i powtóre takie objawy, które występują i w sprawach organicznych sercowych, przyczem jednak przy ich braku sama sprawa organiczna żadnej zmianie nie ulega. Rozbierając objawy podmiotowe, których najwyższy stopień stanowi rzekoma dusznica bolesna, wskazuje H. na towarzyszącą jej nadczułość skóry w okolicy serca i wewnętrznej powierzchni lewego ramienia, t. j. w okolicy, odpowiadającej 1 — 4 odcinkom grzbietowym rdzenia. W dziedzinie zaburzeń ruchowych H. zwraca uwagę na badania Eppingera i Hessa nad sympathico — i vagotropizmem, sądząc, że ta metoda badania może się przyczynić do wyjaśnienia zboczeń ruchowych w nerwicach serca. Powiększenie wymiarów serca, nie będąc objawem właściwym tym cierpieniom, może występować jako następstwo długotrwałej wzmożonej działalności np. w przyspieszeniu tętna napadowem. Szmery sercowe, często napotykane w nerwicach, mają zawsze charakter t. zw. szmerów nie organicznych. Nerwice serca mogą występować i u osobników nie dotkniętych nerwicą ogólną, cierpienie ogranicza się wówczas wyłącznie do układu nerwowego serca np. wskutek zatrucia niektórymi jadami wewnątrz—i zewnątrz ustrojowymi. W dziedzinie terapji nerwic serca autor nic nowego nie podaje.

3. FR. SCHULTZE. Chronisch-organische Hirn und Rückenmarkaffektionen nach Trauma.

Rozbierając wszelkie możliwe sposoby powstawania przewlekłych cierpień organicznych układu nerwowego ośrodkowego po urazie, autor nie uważa za dowiedzione, aby uraz psychiczny sam przez się mógł je wywołać. Również nie jest dowiedzione, jakkolwiek prawdopodobne i możliwe, aby uraz fizyczny na obwodzie mógł drogą zapalenia nerwu i tkanki okołonerwowej działanie swe bezpośrednio na rdzeń i mózg przenieść. Przy powstawaniu wiądu rdzenia, porażenia postępującego i rozsianego zapalenia mózgowordzeniowego rola urazu ogranicza się do roli czynnika wywołującego lub przyśpieszającego rozwój cierpienia. Wskazując częstość urazów w etjologji syringomyelji, autor sądzi, iż czynnik ten może być rzeczywistą przyczyną powstawania cierpienia w tych przy-

padkach, w których nie ma danych do przypuszczenia wrodzonej anomalji układu nerwowego. Powstawanie stwardnienia naczyń mózgowych po urazie autor tłómaczy działaniem urazu bezpośredniem. Za niewątpliwe uważa autor powstawanie po urazie stanów zapalnych mózgowia (również t. zw. Randgliose) oraz ropni mózgowia. Wreszcie, nie będąc bezpośrednią przyczyną nowotworów mózgowia, wytwarza uraz nieznane nam bliżej warunki, sprzyjające ich rozwojowi.

4. FEDOR KRAUSE. Hirnphysiologisches im Anschluss an operative Erfahrungen.

Podczas operacji padaczki Jacksona Kr. określał za pomocą prądu przerywanego 38 ognisk w okolicy przedniego zawoju ośrodkowego, których drażnienie wywoływało skurcze określonych grup mięśniowych różnych okolic ciała. W guzach okolicy środkowej nie otrzymywano skurczów z okolicy, zajętej przez guz, w jednym atoli przypadku guza podkorowego udawało się wywołać skurcz mięsni porażonych. Warto zaznaczyć zupełną nieczułość mózgu podczas tych zabiegów. Wycięcie odpowiednich ognisk wywoływało nietylko porażenia, ale i sztywność mięśni, wzmożenie odruchów ścięgnowych, okostnowych i skórnych oraz zaburzenia wszelkich rodzajów czucia. Wszystkie zaburzenia mijały w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy. Kr. stwierdził, iż przy obustronnej hemianopsji ośrodkowa część pola widzenia bywa zachowana. Wreszcie wskazuje autor, iż po operacyach mózgowych bywa niekiedy podwyższenie ciepłoty z częstem tętnem, lecz bez innych objawów gorączki (hypertemja mózgowa).

5. ZAPPERT. Über Poliomyelitis (Heine-Medinscher Krankheit).

Autor na zasadzie obserwacji epidemji choroby Heine-Medina w Austrji Dolnej przychodzi do wniosku, że prawdopodobnie był to wybuch stałej endemji, wyrazem której są sporadyczne wypadki tej choroby. Z. przypuszcza możliwość przenoszenia choroby drogą zetknięcia; przemawiają za tem zasłabnięcia wielu osób w jednej rodzinie, w sąsiednich domach lub w mieszkaniach, w których o rok wcześniej byli chorzy na omawiane cierpienie. Nie jest jeszcze dowiedzione, czy zarazek może przetrwać przez zimę na przedmiotach, otaczających chorego, lub w ustroju osobników, którzy przebyli poronną postać choroby (Zwischenträger).

6. M. NONNE. Weitere Erfahrungen über die Bedeutung der „vier Reaktionen (Pleocytose, Phase I, Wassermann — Reaktion) für die Dia-

gnose der syphilogenen Hirn und Rückenmarkskrankheiten.

Na zasadzie materjału, składającego się z 400 przypadków, autor dochodzi do następujących wniosków: 1) W porażeniu postępującem wszystkie cztery odczyny wypadają dodatnio. 2) W wiądzie pleocytoza i faza I dają wynik dodatni, odczyn Wassermana we krwi w 60% jest dodatni, w płynie mózgowordzeniowym ujemny. 3) W przymiocie układu nerwowego limfocytoza i faza I są dodatnie, odczyn Wassermana daje z surowicą wynik dodatni częściej, niż w wiądzie, z płynem mózgowordzeniowym wynik ujemny. 4) W stwardnieniu rozsianem limfocytoza i faza I mogą być dodatnie, lecz najczęściej wyrażone słabo, niekiedy tylko silnie; odczyn Wassermana dodatni otrzymuje się z surowicą krwi wyjątkowo, z płynem mózgowordzeniowym nigdy. 5) W guzach mózgowia mogą być spostrzegane w słabym stodniu limfocytoza i faza I; odczyn Wassermana zarówno z krwią jak i z płynem mózgowordzeniowym ujemny. 6) W padaczce wszystkie cztery odczyny dają wynik ujemny.

7. FRANKL-HOCHWART. Über Diagnose der Zirbeldrüsentumoren.

Autor przytacza przypadek, w którym za życia postawił rozpoznanie guza ciała szyszkowatego, rozpoznanie, potwierdzone sekcyjnie. Opierając się na tym przypadku oraz spostrzeżeniach innych autorów. F.—H. dochodzi do wniosku, iż należy przypuszczać guz ciała szyszkowatego, gdy u bardzo młodego osobnika (chłopca) obok objawów guza ciała czworaczego (porażenie mięśni ocznych skojarzone, niezborność) zjawia się nadmierna wybujałość wzrostu i owłosienia, otłuszczenie, senność, przedwczesny rozwój narządów i czynności płciowych, niekiedy przedwczesny rozwój umysłowy. Na zasadzie swego spostrzeżenia F. H. wypowiada przypuszczenie, iż ciało szyszkowate wywiera wpływ hamujący na rozwój płciowy i dlatego w razie jego zajęcia następuje przerost układu płciowego. Czynność omawianego ciała jest zatem do pewnego stopnia przeciwniczą z czynnością przysadki mózgowej, której zajęcie wywołuje niedorozwój narządów płciowych.

8. ALFRED FUCHS — Myelodysplasia.

Pod nazwą Myelodysplasji opisuje autor wrodzone zaczątkowe postaci tarni dwudzielnej (spinae bifidae, ocultae), zdaniem jego, znacznie częstsze niż to jest ogólnie przyjęte. Rozpoznanie za życia możliwe jest dzięki szeregowi objawów, mianowicie: 1) osłabienie zwieraczy, 2) zniekształcenie stopy i zrosty pletwowate palców (Schwimhautbildungen), 3) osłabienie czucia ciepłotnego na palcach, 4) zaburzenia odruchów, 5) szczeliny

i inne zniekształcenia kości krzyżowej widoczne w obrazie rentgenograficznym. Na zasadzie spostrzeżeń swoich F. dochodzi do wniosku, iż w razie niewyraźnych objawów zajęcia dolnych odcinków rdzenia oraz w razie nietrzymania moczu nocnego u dorosłych należy przypuszczać myelodysplazję i prowadzić badanie w tym kierunku.

A. Tumpowski.

## ALLGEMEINE ZEITS. f. PSYCHIATRIE 1910 r. Zesz. 3-ci.

R. KUTNER. Uber katatonische Zustandbilder bei Degenerierten.

Stara nauka o psychozach degeneracyjnych zdawała się być całkowicie przez Kraepelina i jego szkołę pogrzebaną. Aliści w ostatnich latach zaczynają się coraz częściej pojawiać prace mające na celu rehabilitację dawnej nauki, do czego, jak wiadomo, dał impuls psychjatra niemiecki Bonhöffer. Praca Kutnera, z której zdajemy poniżej sprawę, jest właśnie jednym z najnowszych przyczynków do nauki o stanach psychotycznych u zwyrodniałych.

Autor opisuje trzy przypadki ciężkiego zwyrodnienia, w których wystąpiły epizodycznie objawy katatoniczne tak łudząco podobne do obrazu klinicznego prawdziwej katatonii, że we wszystkich tych przypadkach rozpoznawano mylnie postać katatoniczną otępienia wczesnego, a jednak nie była to katatonja.

Dla rozpoznania psychozy degeneracyjnej z zespołem katatonicznym i odróżnienia jej od prawdziwej katatonji Kutner podaje następujące dane różniczkowe: 1) zespół katatoniczny u zwyrodniałych rozwija się niezmiernie szybko, — po krótkim okresie wstępnym, cechującym się zwyczajnem podnieceniem lub splątaniem bredzeniowem, zjawia się nagle i odrazu dochodzi do najwyższego natężenia zespół katatoniczny; 2) pod względem objawowym zespół katatoniczny u zwyrodniałych mało się różni od prawdziwej katatonji, — autor nie zauważył tylko ani razu flexibilitas cerea; prócz tego chorzy mają wyraz twarzy zaspany, co odbija rażąco od naprężonej muskulatury twarzy prawdziwych katatoników; 3) podobnie jak początek choroby również i zejście jej u zwyrodniałych odbywa się niezmiernie szybko: w jednym z przypadków Kutnera przejście od najgłębszego osłupienia do zupełnej jasności i swobody ruchów było nagłe; 4) po ustąpieniu objawów katatonicznych wraca dawna osobowość degeneranta bez żadnych zmian w sferze uczuciowej lub i intelektualnej, chociażby stan katatoniczny trwał u niego lata całe, — pozostaje tylko skłonność do nawrotów pojedyńczych objawów

katatonicznych; 5) w wywiadach degeneranta dają się stwierdzić różne degeneracyjno-psychotyczne stany.

JULIUS DONATH. Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nukleinsäure-Injektionen.

Oddawna wiadomo, iż przypadkowe sprawy ropne i choroby gorączkowe działają niekiedy pomyślnie na przebieg bezwładu postępującego; wychodząc z tej zasady wywoływano u paralityków sztuczne ropienie za pomocą drażniących maści, zastrzykiwań terpentyny i t. p. Jednakże głównym czynnikiem, działającym w takich razach, jest hypertermia i wzmożona leukocytoza, zaś ropienie nie jest zgoła potrzebne. I dlatego-to autor w celach leczniczych począł stosować u paralityków zastrzykiwania kwasu nukleinowego.

Kwas nukleinowy stanowi produkt rozkładu zawartej w jądrach komórek, wysoce złożonej substancji, nukleoproteidy, która przy działaniu zasady rozpada się na kwas nukleinowy i na białko. — Do zastrzykiwań autor używał formuły następującej:

Rp. Natrii nucleinic.
Natrii chlorati aa 2.0
Solve in aqu. destil. sterilis. 100.0
S. Do 1—2 zastrzykiwań podskórnych.—

Oczywiście zastrzykiwania należy stosować z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych. Pod wpływem tych zastrzykiwań ciepłota się podnosi, — może dojść do 40.5°, — a ilość białek ciałek krwi znacznie się powiększa, — może dojść do 61.000.

Autor przeprowadził badania w 21 przypadkach, bardzo dokładnie spostrzeganych. Wynik stosowania leczenia nukleinowego był następujący. W 10 przypadkach, a zatem prawie że w połowie przypadków, otrzymano tak znakomitą poprawę, iż chorzy z bezwładem postępującym odzyskali z powrotem zdolność do pracy i do zarobkowania. W 5 przypadkach poprawa, zarówno subjektywna, jak i objektywna była tak znaczna, iż chorzy nie potrzebowali więcej szpitala, jednakże dawnej sprawności umysłowej nie odzyskali. A zatem w 70% przypadków osiągnięto poprawę, — i tylko w 6 przypadkach nie było żadnej poprawy.

Że przy bezwładzie postępującym może nastąpić remissja samodzielnie, bez żadnej z naszej strony interwencji, — o tem wie każdy klinicysta, — remissje te jednak są względnie rzadkie, w danym zaś wypadku zastanawia ta nadzwyczajna częstość remissji. I dlatego leczenie, proponowane przez Donatha, wydaje

być się godne uwzględnienia i wysoce zasługujące na sprawdzenie. Szczegóły stosowania metody Donatha należy przeczytać w oryginale.

A. Wizel.

## ŻURNAŁ NEWROPATOŁOGJI I PSYCHIATRJI IMIENI S. S. KORSAKOWA. 1910. Zeszyt 1-szy.

W. CHOROSZKO. Wtoricznyja piererożdenia w woschodiaszczem naprawlenji pri spinnomozgowych porażeniach.

Badanie drobnowidzowe dwóch przypadków uciśnięcia, wzgl. zgniecenia rdzenia; w pierwszym — miało miejsce złamanie kręgosłupa, w drugim ucisk wskutek nowotworu (angiosarcoma piae matris). Autor zwrócił główną uwagę na zwyrodnienia wtórne i przyszedł do następujących wniosków:

1) Pęczek Gowersa w rdzeniu przedłużonym leży w kącie między oliwą dolną i ciałem powrózkowatem; wyżej część jego włókien wchodzi do móżdżku (wraz z ciałem powrózkowatem a także przez żagiel móżdżkowy przedni). Spora jednak liczba włókien tego pęczka idzie dalej przez szypułę mózgową do zwojów podstawy (n. lenticularis), być może, i do kory mózgowej. Po drodze pęczek Gowersa oddaje włókna pętli środkowej, pętli bocznej, ciałom czworaczym, ciałku kolankowatemu wewnętrznemu i dolnej części wzgórka wzrokowego. Czy pęczek Gowersa ma związek z czarną substancją Soemeringa, tego autor nie mógł stwierdzić z pewnością.

2) Dalej autor potwierdza wiadome dane co do przebiegu włókien w tylnym pęczku podłużnym: włókna, biorące początek w komórkach spoidłowych rdzenia, przechodzą przez spoidło przednie na drugą stronę i biegną dalej w słupach przednich rdzenia, w rdzeniu przedłużonym są one rozrzucone; wyżej łączą się one w omawiany pęczek podłużny tylny, dający włókna poboczne jądrom nerwu podjęzykowego, odwodzącego, bloczkowego, okoruchowego i t. d.; część włókien kończy się około jądra nerwu okoruchowego tej samej strony, a pozostałe idą przez spoidło tylne do jąder przeciwnej strony.

3) Rozsiane zwyrodnienie w torach piramidowych autor objaśnia istnieniem tutaj długich włókien wstępujących, w kierunku od rdzenia ku korze mózgowej. Myśl swoją potwierdza danemi z piśmiennictwa.

W pierwszym przypadku autor znalazł jamy w rogach tylnych, wypełnione ciałkami ropnemi, co nazywa „piomyetją".

L. ROZENSZTEJN. Eksperimentalnoje izslie-dowanie sposobnosti k zapominaniu u alkoholików.

Autor badał zdolność zapamiętywania u zdrowych i alkoholików. Badania autor dokonywał według metody Bernsteina. Choremu daje się na 30 sekund do rąk ramkę, zawierającą 9 różnych figur geometrycznych, i poleca się choremu, żeby dobrze ją obejrzał i zapamiętał figury. Następnie chory dostaje tablicę, na której oprócz wspomnianych 9 figur znajduje się jeszcze 16 innych; na tej tablicy chory ma odnaleźć i wskazać figury widziane w ramce.

Autor doszedł do następujących wniosków:

1) W danym razie jak i przy wszelkich innych badaniach doświadczalno-psychologicznych ma przewagę urządzenie laboratoryjne.

2) Indywidualne właściwości badanego (brak uwagi, wzruszenie) mogą naśladować brak zdolności zapamiętywania.

3) Na zapamiętywanie i odtwarzanie może wpływać czuciowe zabarwienie obrazów.

4) Wpływ skojarzeń pobocznych zewnętrznych nie może być zupełnie wyłączony.

5) Wynik liczbowy nie jest w danym razie wskaźnikiem wogóle zdolności zapamiętywania osobnika, raczej wskaźnikiem zapamiętywania pokazanych figur w danej chwili.

6) U alkoholików zdolność zapamiętywania jest zmniejszona w porównaniu ze zdrowymi, co potęguje się zmniejszoną uwagą i mniejszem zainteresowaniem się doświadczeniem.

K. PŁATONOW. Istericzeskija echokinezja i echolalja.

Echokinezja i echolalja (chorobowe naśladowanie ruchów i chorobowe powtarzanie cudzych słów) spotykają się rzadko. Autor zwraca uwagę na przypadki wymienionych zaburzeń we wschodniej Syberji, na wyspie Jawie, na wyspach Malajskich, gdzie noszą one odrębne, miejscowe nazwy. Oprócz tych samoistnie występujących „przedrzeźniań“, objawy takie mogą być wywoływane sztucznie przez hipnozę, zwłaszcza w histerji. Przedrzeźnianie takie ma charakter odbicia w lustrze (imitatron spéculaire). Samoistnego występowania tego objawu w histerji dotąd nie spostrzegano, pierwszy taki przypadek podaje autor.

Dotyczył on 18-letniej dziedzicznie obarczonej chorej, która w 14 roku życia pod wpływem seansu spirytystycznego dostała napadu histerycznego. Napady te powtarzały się później dosyć często. Jedną z faz tych napadów było przedrzeźnianie ruchów innych osób, zwierząt, nawet przedmiotów.

Autor powstaje przeciwko zaliczaniu „przedrzeźniania“ do „maladie des tics convulsifs”, uważa je raczej za przejaw histerji, nie przesądzając jednak sprawy stanowczo.

I. PETERSENN. Metod Heilbronner'a i jego znaczenje.

Metoda badania zdolności spostrzegania według Heilbronner'a zasadza się na tem, że choremu pokazuje się po kolei serję rysunków, stanowiących stopniowy rozwój jednego jakiegoś pojęcia, i zadaje pytania: „co to jest“, „co to przypomina“, „czem się różni dany rysunek od poprzedniego“?

Autor zbadał według tej metody 12 różnych chorych umysłowych. Zawsze pokazywał wszystkie rysunki wszystkich serji, pokazywał je w porządku serji, określał czas od chwili zaczęcia oglądania rysunku do początku reakcji słownej.

Na zasadzie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków: 1) metoda Heilbronnera doskonale nadaje się do badań nad zdolnością spostrzegania i znacznie przewyższa metodę Bornsteina i jej różne odmiany; 2) metoda ta daje doskonałe pojęcie o działalności kojarzeniowej u chorych; 3) daje dostateczne wskazówki co do stanu upośledzenia umysłowego chorych (otępienie).

Z. Messing.

# TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

## TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

### POSIEDZENIA SEKCJI NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNEJ.

POSIEDZENIE D. 19 MARCA 1910 r.

1) Zylberlastówna. Dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia.

2) Sterling. a) Przypadek postępującego połowiczego zaniku twarzy.

b) Przypadek wodogłowia wewnętrznego, powikłanego zaburzeniami psychicznemi.

3) Koelichen. Przypadek przypuszczalnej rozlanej sarkomatozy układu nerwowego ośrodkowego.

4) Jarecki. Przypadek t. zw. górnego wiądu rdzenia.

5) Kopczyński St. Przypadek ophtalmoplegiae chronicae progressivae externae.

6) Higier. Przypadek wylewu krwawego do rdzenia.

7) Neugebauer i Higier. Zboczenie rozwojowe w układzie nerwowym w przypadku przewrotności płciowej.

8) Jaroszyński. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

I. ZYLBERLASTÓWNA przedstawiła dwa przypadki przypuszczalnego nowotworu rdzenia.

a) Chora F. M. ma lat 40. Od roku zaczęła odczuwać osłabienie kończyn dolnych: od czasu do czasu nogi zupełnie odmawiały posłuszeństwa i chora na ulicy padała. Jednocześnie wystąpiły rozmaite parestezje w nogach bez wyraźnych bólów.

Przed 3 miesiącami chorej usunięto śluzowato zwyrodniały mięśniak macicy. Natychmiast po operacji nastąpiło znaczne pogorszenie w stanie kończyn dolnych: stały się one zupełnie bezwładne i chora od tej chwili leży w łóżku. Podczas całego przebiegu cierpienia nie zanotowano nawet krótkiego okresu wyraźnych bólów.

Badanie wykazuje zniesienie czucia bólowego i cieplikowego na kończynach dolnych i na brzuchu do linji pępkowej, natomiast dotyk i zmysł mięśniowy pozostały zachowane.

Kończyny dolne bezwładne we wszystkich odcinkach. Odruch z rze-

pki obustronnie bardzo żywy, z objawem kolanowym. Odruch ze ścięgna Achillesa średnio żywy bez objawu stopowego. Obustronny odruch Babińskiego. Odruchy brzuszne górne zachowane, dolne — zniesione.

Chora odczuwa czasem jakby prąd elektryczny, przebiegający kończyny, skarży się również na szereg rozmaitych niebolesnych parestezji.

Cały przebieg cierpienia przemawia za sprawą nowotworową. Brak jakichkolwiek bólów oraz zachowanie dotyku i zmysłu mięśniowego wskazują, że słupy i korzenie tylne są nienaruszone. Wziąwszy pod uwagę, że w obrazie klinicznym nowotworów zewnątrz-rdzeniowych przeważają zwykle (z bardzo małymi wyjątkami) bóle, możemy twierdzić z dużem prawdopodobieństwem, iż nowotwór mieści się wewnątrz rdzenia. Granice znieczulenia dochodziły do 10 odcinka grzbietowego, a więc nowotworu należy szukać według prawa Sherringtona na poziomie 8 — 9 odcinka grzbietowego. Wobec przypuszczenia, iż nowotwór jest wewnątrz-rdzeniowy z zabiegiem operacyjnym należy się wstrzymać.

b) 65-letnia C. F. Przed 2 laty odczuwała ból w krzyżu, który wkrótce minął zupełnie.

Od 2 mies. ból ten wznowił się, stał się wyraźnie opasującym, szedł od krzyża ku przodowi do dolnej części brzucha.

Powoli ból ogarnął prawą kończynę dolną, wreszcie i lewą. Jednocześnie wystąpiło osłabienie kończyn dolnych, które powoli wzmagało się do zupełnego bezwładu.

Zaburzenia w oddawaniu moczu oraz zaparcie stolca.

Przy badaniu okazało się, że czucie bólowe i cieplikowe zniesione do poziomu 8 żebra po stronie lewej.

Dotyk względnie dobrze zachowany (wyjątek stanowiła okolica prawej dolnej części brzucha), zmysł mięśniowy wykazywał duże zmiany w palcach obu stóp.

Odruchy rzepkowe bardzo żywe obustronne z objawem kolanowym. Odruch ze ścięgna Achillesa — prawy z odcieniem drgawkowym, lewy — bardzo żywy. Objaw Babińskiego obustronnie wyraźny. Odruchy brzuszne — obustronnie zniesione. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało, iż białe ciałka są w ilości normalnej, natomiast białko w ilości zwiększonej (faza I Nonne'go).

Co do rozpoznania, to zdaje się, że cały przebieg cierpienia i obraz kliniczny przemawia za istnieniem nowotworu zewnątrz-rdzeniowego. Według prawa Sherrington'a należy go szukać na wysokości 7 — 8 odcinka grzbietowego.

W dyskusji H i g i e r zabiera głos w sprawie pierwszego przypadku, który zna dokładnie od chwili operowania mięsaka macicy. Rozpoznawszy jeszcze w pierwszych dniach Stycznia przy pierwszem badaniu sprawę nowotworową rdzenia, H i g i e r uzależniał kwestję zabiegu chirurgicznego od natury i umiejscowienia guza rdzeniowego. Czy ten ostatni drogą naczyniową, względnie limfatyczną przedostał się do rdzenia bezpośrednio z ogniska pierwotnego, czy też stanowi on przerzut zwykły, czy jest identycznym guzem, samoistnie w rdzeniu powstałym, jak to by-

wa w nowotworach mnogich (np. nerwiakach), czy też wreszcie jest niezależny zupełnie od mięsaka macicy i przypadkowo tylko ujawnił się jednocześnie? Są to pytania ze stanowiska czysto praktycznego nader ważne. Pamiętać należy, że przerzuty nawet śluzowe zwyrodniałych mięśniaków są rzadkie, że umiejscawiają się one zazwyczaj w kręgach lub oponach, dając zniekształcenia, bolesność przy ruchach, przy ucisku i nieznośne bóle samoistne, czego wszystkiego tutaj niema. Znakomita poprawa stanu ogólnego również daje wiele do myślenia. Znieczulenie według typu rogu tylnego również nie rozstrzyga ostatecznie umiejscowienia wewnątrzrdzeniowego lub zewnątrzrdzeniowego. Brak bólów nierzadko spotyka się przy siedlisku międzykorzeniowem guza. Higier z powyższych powodów uważa dalszą obserwację do rozstrzygnięcia wspomnianych pytań za konieczną.

Flatau zaznacza, że pierwsza chora przedstawia przypadek ciemny. Mięśniaki bowiem przerzutów do rdzenia zwykle nie dają, śluzaki dawać mogą. Tu jednak ciągłości nowotworu nie podejrzewamy, aczkolwiek rozpoznanie nowotworu jest niemal pewne. Należy jeszcze myśleć o zapaleniu rdzenia toksycznem. Trudniej rozstrzygnąć pytanie, czy nowotwór rośnie z wewnątrz czy z zewnątrz rdzenia. Brak bólów nie wyłącza nowotworu zewnątrzrdzeniowego, jak również zachowanie czucia dotyku i zmysłu mięśniowego, nowotwór bowiem może rosnąć z przodu. Wobec nieposuwania się objawów ze strony rdzenia F. radzi przeczekać z operacją i w dalszym ciągu stosować rtęć, którą chora dobrze znosi.

W drugim przypadku nie jest wyłączony nowotwór, idący z trzonów kręgowych, co u osób starszych spotykamy względnie częściej.

II. STERLING przedstawił a) przypadek zaniku twarzy połowiczego postępującego.

Chora 16-letnia dziewczyna zauważyła przed 4 miesiącami nieznaczne wklęśnięcie i zapadnięcie poniżej prawej okolicy skroniowej; wystąpienia wklęśnięcia tego nie poprzedzały żadne objawy ani miejscowe, ani ogólne (brak urazu fizycznego lub psychicznego, sprawy zapalnej miejscowej, choroby zakaźnej, nerwobólów, parestezji w dziedzinie nerwu trójdzielnego), natomiast wkrótce po wystąpieniu wklęśnięcia — przemijające kłucie w odpowiedniej okolicy; po kilku tygodniach w tem samem miejscu zmiana zabarwienia (kolejno barwa błękitna, żółta, brunatna). Z biegiem czasu wklęśnięcie twarzy powoli, lecz stale postępowało, wydłużając się w linji pionowej i zajmując coraz to niższe części prawej połowy twarzy. Chora ścieńczenia warg, języka nie zauważyła, innych skarg nie wypowiada. Pochodzi z rodziny, u której brak jakiegokolwiek obarczenia neuropatycznego; urodziła się normalnie, w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła, rozwijała się dobrze pod względem fizycznym i umysłowym. Perjod w 14-ym roku życia.

Brak zmian przedmiotowych w narządach wewnętrznych. Wzrost dość duży, budowa i odżywianie dobre. Mocz bez białka i cukru. Gruczoł tarczowy nie powiększony. Czaszka nie bolesna. Szpary oczne jednakowej szerokości. Źrenice równe, oddziaływanie na światło i zbieżność za-

chowane. Przy patrzeniu ku górze obie gałki ustawiają się w górno-wewnętrznych kątach szpary ocznej. W dziedzinie nerwów twarzowych brak porażeń i asymetrji. Punkty nerwu trójdzielnego nie są bolesne. Język nie zanikły, przy wysuwaniu nie zbacza. Czucie na twarzy dokładnie zachowane. W kończynach siła ruchowa normalna, brak zaników i jakichkolwiek zmian odżywczych skóry, tkanki podskórnej lub kości. Odruchy ścięgnowe i skórne wszystkie zachowane, lecz słabe. Brak objawu Babińskiego. Czucie na tułowiu i kończynach we wszystkich postaciach dokładnie zachowane. Odczyn Wasserman'a we krwi wypadł ujemnie.

Zmiany twarzy. Zmiany dotyczą wyłącznie prawej połowy twarzy, która w górnej połowie jest w porównaniu z lewą stroną spłaszczona i częściowo zapadnięta. Zapadnięcie to nie dotyczy całkowitej po-



wierzchni prawej połowy twarzy, lecz jej środkowej części — zwłaszcza jeżeli spojrzeć na twarz chorej en face pod światło—wtedy wyraźnie widoczny jest długi pionowo przebiegający rowek szerokości 1½ palca, rozpoczynający się na 2 palce powyżej kości licowej i nie dochodzący na jakieś 3 palce do zstępującej części żuchwy. Skóra, pokrywająca te zapadniętą część policzka, jak i część, przylegającą do opisanego rowka, wydaje się nieco ścieńczała—to samo dotyczy tkanki podskórnej; sama powierzchnia naskórka nie wykazuje jednak żadnych zmian. Brwi i rzęsy są obustronnie rozwinięte jednakowo i ani zabarwienie ich, ani grubość włosów nie wykazuje z prawej strony żadnych zmian. To samo dotyczy włosów na głowie. Ani na prawej ani na lewej połowie twarzy nie widać wzmożonego pocenia się, ciepłota skóry jest obustronnie jednakowa. Połysk skóry jest normalny, nie jest ona nadmiernie sucha, ani nie bywa nigdy po-

kryta wzmożoną wydzieliną gruczołów tłuszczowych. Co się tyczy kośćca twarzy to zarówno przy wyczuwaniu, jak i oglądaniu widoczne jest wyraźne zapadnięcie w okolicy kości licowej zarówno w środkowej części policzka, jak w mniejszym stopniu i w wyrostku licowym, przyjmującym udział w połączeniu z zewnętrzną ścianą oczodołu. Dokonany rentgenogram wykazał wyraźnie zmiany w kośćcu prawej połowy twarzy oraz zwężenie prawego przewodu nosowego. Badanie elektryczne nie wykryło żadnych zmian w oddziaływaniu mięśni twarzowych ani zmian w przewodnictwie elektrycznem skóry.

S. podkreśla w przypadku niniejszym wystąpienie choroby w okresie dojrzewania płciowego, brak jakichkolwiek objawów zajęcia nerwów trójdzielnego i współczulnego. Skłaniając się do teorji, upatrujących przyczynę postępującego połowiczego zaniku twarzy w przewlekłych stanach zapalnych w rdzeniu przedłużonym i moście Varola (Brissaud, Calmette-Pagès, Claude i Sézary), S. zaznacza, że tłem nie mogła być w danym razie sprawa przymiotowa (jak to miało miejsce w przypadkach Claude'a i Sézary'ego oraz Rosenberg'a), gdyż próba Wasserman'a wypadła tu ujemnie.

W dyskusji Kopczyński powołuje się na własne 5 przypadków postępującego połowiczego zaniku twarzy, przedstawione na Zjeździe, krytykuje teorję nerwu trójdzielnego i nerwu współczulnego, z którą niektórzy chcą związać dane cierpienie i podnosi teorję Brissaud — według której cierpienie to zależy od wrodzonych zmian w substancji szarej, otaczającej wyściółkę 4-ej komory.

STERLING przedstawił b) przypadek wodogłowia nabytego (meningitis serosa), powikłanego zaburzeniami psychicznemi.

Chora 46-letnia przed 4 laty po raz pierwszy zapadła na bóle głowy („jakby coś rozsadzało czaszkę") prawie stałe, jednocześnie wystąpił nastrój przygnębiony. Chora miała przytem uczucie, jakby coś ją pchało naprzód, nie mogła sobie znaleźć miejsca, ciągle wybiegała na ulicę i t. d. Bólom głowy towarzyszyły wtedy nieustanne mdłości, prócz tego od czasu do czasu występowały wymioty (czasem po kilka razy dziennie). Jeszcze podobno na krótki czas przed wystąpieniem bólów głowy zauważyła chora, że słabnie jej wzrok równocześnie na prawe i lewe oko; osłabienie wzroku stopniowo, lecz stale postępowało, tak że obecnie, jak twierdzi, rozpoznaje na dalszej, niż długość ręki odległości tylko zarysy przedmiotów, dla rozpoznania szczegółów musi przedmiot przybliżyć tuż do oka. Od 2 miesięcy chodzenie po ulicy stało się zupełnie niemożliwe z powodu osłabienia wzroku i zapadania na prawe udo. Od kilku miesięcy chora mdłości i wymiotów nie miewała, bóle głowy występują napadowo prawie codzień, są jednak mniej gwałtowne, niż dawniej; umiejscowione są, według słów chorej, wyłącznie w prawej połowie głowy; oprócz tego doznaje chora często uczucia palenia w prawej połowie twarzy, wewnątrz jamy ustnej z prawej strony oraz w prawej połowie nosa. Drgawek, utraty przytomności nigdy nie było, mowa nie uległa zmianie. Według słów otoczenia chora, która dotąd pod

względem umysłowym była zupełnie normalna, od czasu choroby zmieniła się psychicznie—z początku była niespokojna i przygnębiona, potem stała się nieumotywowanie i dziecinnie wesoła. Brak obarczenia neuropatycznego w rodzinie, brak zakażenia syfilitycznego, alkoholizmu.

Przedmiotowo brak zmian w narządach wewnętrznych. Wybitne otłuszczenie (przy ujmowaniu skóry w fałdę skarży się na silny ból). Wyraźna bolesność czaszki, wybitniejsza z prawej strony, jednak bez wyraźnego umiejscowienia. Źrenice obie wąskie o nieprawidłowych zarysach, oddziaływanie na zbieżność zachowane, na światło minimalne. Ruchy gałek ocznych ku górze i ku dołowi zachowane dokładnie, przy ruchach bocznych ani na prawo, ani na lewo gałki nie dochodzą do zewnętrznego kąta szpary ocznej, przyczem odległość z lewej strony jest większa, niż z prawej. Drżenia gałek ani w spokoju, ani przy ruchach nie widać. Prawem okiem odróżnia zarysy przedmiotów na odległość 15 ctm. od oka, lewem na odległość 2 metrów. Nerwy VII i XII bez zmian. Badanie wziernikowe: obustronny zanik tarcz po zastoinie. Słuch, smak, węch normalne. W kończynach górnych i dolnych wyraźnych porażeń nie widać. Odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa umiarkowane, obustronnie jednakowe; brzuszne zachowane, podeszwowe prawidłowe. Brak objawów bezładu, brak adiadokokinezji. Wszystkie rodzaje czucia dokładnie zachowane. Chód nie wykazuje cech wyraźnie patologicznych, ma on tylko charakter sztywno-żołnierski z zbytecznem uderzaniem obcasem o podłogę.

Stan psychiczny chorej podczas pobytu w szpitalu był dość zmienny — wogóle jednak po za okresami gwałtownych bólów głowy, podczas których była apatyczna—chora wykazywała stale pewien zupełnie nieumotywowany ani okolicznościami ani stanem zdrowia dziecinnie głupkowaty wesoły nastrój. Przy opowiadaniu o swojej chorobie śmiała się często bez powodu, podczas nieobecności lekarzy wstawała z łóżka i obejmowała sąsiednie chore wpół i tańczyła z niemi, śpiewała często jakieś piosenki, przekręcając słowa i melodję. Na zapytanie, dlaczego to robi — odpowiadała, że chce zyskać sobie w ten sposób sympatję otoczenia. Innym znów razem przeciwnie kłóciła się z choremi na sali, dokuczała im, następnie zaś śmiała się, znajdując jakby dziecinne zadowolenie w złości innych. Zaczepki swoje uzasadnia zupełnie błahymi motywami: sąsiadka jej nie używa chustki do nosa i t. p. Na oświadczenie chorych na sali, że jest warjatką, reaguje głupkowatym śmiechem, prosząc o dowody, nie widać było przytem żadnej reakcji wzruszeniowej. Przez cały czas pobytu w szpitalu chora wykazywała patologiczną żarłoczność. Badanie inteligencji wykryło wcale nieźle zachowaną orjentację auto- i somatopsychiczną (poczucie choroby trafne), gorzej nieco zachowana orjentacja allopsychiczna. W czasie orjentuje się zupełnie źle, w przestrzeni lepiej. Łatwiejsze zadania arytmetyczne rozwiązuje dość dobrze, przy trudniejszych popełnia grube pomyłki. Kojarzenie wsteczne nie wykazuje wybitnych braków. Zdolność zapamiętywania zachowana jest uderzająco dobrze: 6 przedstawionych przedmiotów odtwarza po 3, 5, 10 minutach doskonale, nie zmieniając porządku, to samo liczbami 3- i 4-cyfrowemi. Stwierdzono natomiast wybitne braki w dziedzinie wnioskowania i sądzenia (nie potrafi np. obja-

śnić różnicy pomiędzy koniem a krową). Badanie doświadczalne kojarzeń (zmodyfikowaną metodą Jung'a i Ricklin'a) wykrywa niezmierne ich ubóstwo, przedłużenie czasu reakcji oraz sposób reagowania właściwy stanom otępienia (branie wyrazu sygnałowego za zapytanie, określanie celu, miejsca i t. d., wyjaśnienie, uwidocznienie tautologiczne). Objawów konfabulacyjnych ani wzmożonej suggestyjności u chorej nie zauważono.

Pod względem neurologicznym rozpoznanie w niniejszym przypadku wobec takich objawów, jak gwałtowne bóle głowy z wymiotami oraz zanik tarcz wzrokowych po zastoinie—wahać się może tylko między nowotworem mózgu a wodogłowiem nabytem (meningitis serosa). Przeciwko nowotworowi mózgu przemawia 4-letnie trwanie choroby bez objawów ogólnego charłactwa, należy przeto zatrzymać się na drugiem rozpoznaniu. Podkreślić należy zmiany psychiczne w niniejszym przypadku, których zespół (dziecinny, nieumotywowany wesoły nastrój na tle pewnego otępienia umysłowego) odpowiada mniej więcej temu obrazowi, które Jastrowitz w nowotworach mózgu opisywał jako moria. Podkreślić należy fakt, że moria w przypadku tym występuje bez manji dowcipkowania (t. zw. „Witzelsucht" Oppenheim'a), że więc, wbrew zdaniu Oppenheim'a, nie są to stany identyczne.

III. KOELICHEN przedstawił chorą z przypuszczalną sarkomatozą układu nerwowego ośrodkowego.

Chora J. D. lat 19, służąca. Pod względem psychicznym chora zachowuje się jak rozpieszczone małe dziecko, na wszystkie pytania odpowiada stereotypowo „nie wiem", nawet własnego nazwiska, ani miejsca poprzedniego pobytu wymienić nie może, jednak nieraz po szeregu pytań udaje się od niej otrzymać prawidłową odpowiedź. Okazuje się przytem, że chora orjentuje się dobrze, co do miejsca i osób, które ją otaczają, niewątpliwie jednak ma wybitne zaburzenia pamięci.

Źrenice nierówne, prawa szersza od lewej, obie na światło nie oddziaływają zupełnie. Na dnie oczów zanik brodawek nerwów wzrokowych wybitniejszy po stronie lewej; prawem okiem chora rozróżnia jeszcze zarysy przedmiotów, lewem zaledwie odróżnia światło. Skierowywanie oczów na prawo i lewo zupełnie niemożliwe, przy patrzeniu na prawo prawa gałka oczna odchyla się cokolwiek ku zewnętrznemu kątowi oka, lecz natychmiast wraca do położenia środkowego. Ku górze lewa gałka oczna unosi się nieźle, prawa tylko cokolwiek. Ku dołowi chora skierowuje oczy zupełnie dobrze. W obrębie wszystkich gałęzi lewego nerwu twarzowego wyraźny niedowład. Na prawej połowie twarzy czucie bólowe osłabione.

Odruch rogówkowy na prawem oku słaby, na lewem zupełnie zniesiony. Mowa monotonna nosowa nieco dyzartryczna i skandowana. Łykanie upośledzone. Głowa chorej przy uniesieniu tułowia zwisa bezwładnie, ruchy głową bardzo ograniczone. Prawą kończyną górną i dolną chora wszystkie ruchy wykonywa w dostatecznym rozmiarze i z niezłą siłą, ruchy te są jednak wyraźnie bezładne. Lewa kończyna górna i dolna zupełnie bezwładne, napięcie mięśni w kończynach tych wzmożone. Odruchy ścięgnowe na kończynach górnych i dolnych bardzo żywe, na lewych

kończynach wyraźnie żywsze, aniżeli na prawych. Odruchów brzusznych wywołać nie można; obustronny objaw Babińskiego. Czucie dotykowe bólowe i ciepłotne na tułowiu i kończynach zachowane z wyjątkiem prawej kończyny dolnej, gdzie jest ono nieco osłabione. Czucie położenia i ruchów na wszystkich kończynach zachowane. Nietrzymanie moczu i kału.

Cierpienie chorej rozwijało się w następujący sposób. W początkach Listopada 1909 r. chora, jak utrzymuje, zaziębiła się przy praniu i dostała gorączki oraz bólów w całej lewej połowie ciała; jednocześnie osłabł jej wzrok na prawem oku, po paru dniach zjawiły się nadzwyczaj silne bóle głowy, wzrok na prawem oku poprawił się, natomiast znacznie osłabł w lewem oku. Gorączka trwała parę dni. W ciągu kilku miesięcy szalone bóle głowy i osłabienie wzroku były jedynym objawem cierpienia. W Styczniu b. r. przy badaniu stwierdzono jedynie brak w lewem oku odruchu obronnego, osłabienie w obu oczach odruchów rogówkowych i bladość tarcz nerwów wzrokowych. Dopiero w końcu Lutego zaczęły stopniowo występować inne objawy, najprzód zez zbieżny, następnie osłabienie lewych kończyn i pozostałe objawy. Nadmienić przytem należy, że objawy te były bardzo zmienne, zwłaszcza osłabienie kończyn, zjawiało się ono to po lewej, to po prawej stronie, wzrok bywał również to bardziej, to mniej osłabiony. Silne bóle głowy nie opuszczały chorej przez cały czas cierpienia. Wymiotów nigdy nie było.

Zastanawiając się nad istotą danego cierpienia, musimy rozpatrzeć kilka przypuszczeń. Przedewszystkiem nasuwa się podejrzenie, że mamy tu do czynienia z syfilisem mózgowo-rdzeniowym, jednakże za tem zakażeniem nic nie przemawia; chora jest virgo intacta, śladów sprawy syfilitycznej nigdzie na ciele nie znajdujemy, wreszcie badanie płynu mózgowordzeniowego nie wykryło w nim ani pleocytosy, ani zwiększonej ilości białka, próba Wassermana wypadła ujemnie. Następnie nasunąć się może przypuszczenie zapalenia rdzenia i mózgowia rozsianego, jednakże przeczą temu wybitne bóle głowy, stanowiące przez tak długi okres czasu jedyny objaw bierpienia. Najbardziej odpowiada przebiegowi i obrazowi klinicznemu cierpienia przypuszczenie rozsianej sarkomatozy układu nerwowego ośrodkowego. Cierpienie to polega na nacieczeniu opony miękkiej mózgu i rdzenia komórkami mięsakowemi, przyczem punktem wyjścia może być ograniczony nowotwór mózgu lub też nacieczenie mięsakowe zjawia się pierwotnie. Pod względem klinicznym obraz bywa rozmaity, przeważać mogą objawy rdzeniowe lub mózgowe. Charakterystyczna bywa zwykle duża zmienność objawów i młody wiek zapadających na to cierpienie osobników.

W dyskusji Bregman zaznacza, że w znanych w piśmiennictwie przypadkach ogólnej sarkomatozy układu nerwowego w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdywano specjalne komórki, czego tu nie stwierdzono, jak również nie stwierdzono żółtego zabarwienia płynu. Nie wyłączyłby tu rozsianego zapalenia mózgu, w którem bóle głowy być mogą. B. powołuje się na własny przypadek opisanej przez niego ogólnej sarkomatozy rdzenia.

Higier, uważając dany przypadek za niepewny pod względem rozpoznawczym, zwraca uwagę na jeden objaw, często notowany w sarkomatozie opon rozlanej, stwierdzonej na sekcyi. Jest to żółte zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zależne od częstych drobnych wynaczynień w mięsakach ziarenkowych opon miękkich. Przekłucie lędźwiowe powinno tę sprawę rozstrzygnąć. Mniejszą wartość różniczkowo-rozpoznawczą ma posiadać zwiększenie ilości białka lub morfotycznych elementów — z wyjątkiem komórek mięsakowych—w płynie mózgowordzeniowym.

Lipstadt zapytuje, czy nie ucierpiało tu ogólne odżywianie. Odpowiedź twierdząca przemawiałaby za nowotworem rozsianym L. nie wyłączyłby tu jednak gruźlicy rozsianej opon miękkich.

Rozental powołuje się na opisany przez niego w r. 1878 przypadek nowotworu mięsakowatego, którym był usiany cały układ nerwowy ośrodkowy.

Kopczyński zaznacza, że widział żółte zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku, przebiegającym jako przymiot rdzenia.

W odpowiedzi Koelichen zaznacza, że przeciw rozsianemu zapaleniu mózgu i rdzenia przemawiają b. silne bóle, a przeciw rozpoznaniu gruźlicy zbyt długi okres trwania choroby.

IV JARECKI WŁ. przedstawił i omówił: „Przypadek górnego wiądu rdzenia.

N. N. lat 29, z zawodu kelner, zgłosił się dnia 1 marca r. b. do szpitala św. Ducha na oddział chorób nerwowych dra St. Kopczyńskiego, skarżąc się na uczucie jakoby maski na twarzy oraz na trudności, jakich doznaje podczas mówienia i jedzenia.

Od lat 2 ogólne osłabienie, zaburzenia w oddawaniu moczu, zaparcie stolca; od roku bóle strzelające, chód chwiejny, kaszel suchy, połączony z dusznością, od pół roku opadnięcie górnej powieki prawej i dwojenie się w oczach. Od 5 miesięcy zaczęła się utrata czucia na twarzy, po 3 miesiącach zajęta była cała twarz i przednia część języka, od tego czasu datuje ślinotok, upośledzenie mowy, trudność przy żuciu pokarmów oraz napady duszności, trwające po kilka sekund i więcej nieco. 3 lata temu miał wrzód twardy nie leczony doraźnie, dopiero w półtrzecia roku po zakażeniu wziął 30 wcierań i wypił około 100 gramów jodku potasu.

8 lat temu rzeżączka, w dzieciństwie zapalenie nerek. Nadużycia płciowe i wyskoku. Żonaty od paru lat; bezdzietny. Matka zmarła na jakąś chorobę nerwową, połączoną z porażeniem.

Stan obecny. Źle odżywiony, niedokrewny. Ciągle porusza wargami i często wysuwa koniec języka, wargi trochę obwisłe i przeważnie trąbkowato zwinięte jakby do gwizdania. Oddech w szczytach płuc zaostrzony, tony serca słabe, tętno prawidłowe 84, łatwo zmienne; przy ruchach ciała dochodzi do 135. Objaw Romberga. Chód bezładny. Siła ruchowa, ogólnie biorąc, bez zmian. Wszystkie odruchy ścięgnowe zniesione. Zaburzenia czucia, zwłaszcza bólowego bardzo rozległe na tułowiu i kończynach dolnych. Siła wzroku zachowana; dwojenie się w oczach.

Powieka górna prawa opuszczona, zasłania $^1/_3$ górną część źrenicy. Prawa źrenica szersza, niż lewa. Obie nie oddziaływują na światło, czynność nastawcza prawej zniesiona, lewej opieszała. Ruchliwość gałki ocznej lewej prawidłowa—prawej znacznie upośledzona: możliwy jest tylko ruch w kierunku ku zewnątrz. Aby przeciwdziałać opadaniu powieki chory marszczy czoło i podnosi prawą brew. Na całej twarzy chorego daje się stwierdzić zniesienie lub obniżenie wszystkich rodzajów czucia. To samo się odnosido języka, dziąseł, warg, podniebienia, oraz ścian jamy ustnej. W dziedzinie ruchowej nerwu trójdzielnego stwierdzono: 1. niemożność szerokiego otwierania jamy ustnej; 2. szybkie męczenie się przy żuciu; 3. niemożność żucia twardszych pokarmów; 4. niemożność zamknięcia ust nawet przy słabym oporze; 5. zniesienie odruchu ze żwacza oraz brak oddziaływania tegoż na prąd elektryczny. Smak nieco upośledzony: dobrze odczuwa słone, źle—kwas i gorycz, najgorzej słódkie. Odruch z podniebienia miękkiego i lewej części gardzieli zniesiony, ruchy gardzieli prawidłowe. Ułożenie głośni—prawidłowe, przy wydawaniu głosu struny rozszerzają się powoli i niedokładnie (niedowład mięśni pierścieniowo-nalewkowych tylnych). Chory często doznaje napadów kaszlu z męczącym, świszczącym wydłużonym oddechem (napady krtaniowe), i napadów duszności szczególniej częstych przy piciu chłodnych napojów. Mamy więc tu zajęcie prawostronne n. III, IV, oraz obustronne n. V, IX, X, XI.

Mocz oddaje bardzo wolno.

Zajęcie całego szeregu nerwów czaszkowych mogłoby nasuwać w danym przypadku myśl o kiłowem schorzeniu układu nerwowego, jednakże, biorąc pod uwagę cały przebieg cierpienia oraz zupełny brak bólów głowy, rozpoznajemy wiąd rdzenia z wybitnem zajęciem górnego odcinka układu nerwowego. Uderza niezwykle prędkie wystąpienie objawów wiądu, bo w rok po zakażeniu, tudzież rozległe zmiany w układzie nerwowym. T. zw. maska wiądowa spotyka się stosunkowo rzadko, na 150 przypadków wiądu, zebranych przez dra Kopczyńskiego, tylko 4 chorych cierpiało na znieczulenie twarzy, to jest 2,6%. W danym przypadku należy szczególniej podkreślić te następstwa, jakie pociąga za sobą porażenie n. trójdzielnego. Chory z trudnością się odżywia, kęs pokarmu wprost błąka się po jamie ustnej i często nie przeżuty wpada do przełyku, samo żucie jest znaczenie upośledzone. Mowa chorego jest niewyraźna, szczególnie wymawianie spółgłosek, wymagające pewnego skojarzenia ruchów warg i języka, jest znacznie upośledzone, często zupełnie wadliwe.

W dyskusji Sterling zapytuje o wyniki nakłucia lędźwiowego i leczenia swoistego, nie wyłącza możliwości, iż część objawów ze strony nerwów czaszkowych zależna jest od istniejącej współrzędnie z wiądem rdzenia sprawy syfilitycznej.

Bychowski zaznacza niezwykłość przypadku z powodu zajęcia nerwów trójdzielnych i przypomina o badaniach Exnera i Pinelesa, nad przecinaniem gałązek czuciowych nerwów trójdzielnych u osłów, które w następstwie tego, wskutek utraty zdolności jedzenia, przeżuwania i połykania, zdychały z głodu.

F l a t a u, nie odrzucając rozpoznania, zaznacza potrzebę zbadania w danym przypadku płynu mózgowordzeniowego i podnosi ważność ustalenia daty zakażenia przymiotowego, które, sądząc ze słów mówcy, bardzo szybko, bo po roku wywołałoby tu wiąd rdzenia.

B o r n s t e i n przypuszcza, że jako rzadkość znane są w piśmiennictwie przypadki, w których już po roku od chwili zakażenia przymiotem występowały objawy wiądu.

K o p c z y ń s k i wbrew S t e r l i n g o w i, dowodzi, że rozpoznanie przymiotu mózgowo-rdzeniowego pod postacią nacieczenia opon i zajęcia tylu nerwów czaszkowych upada choćby dla braku bólów głowy. Nie wdając się w obszerną sprawę stosunku przymiotu do wiądu, który poruszył w osobnej pracy statystycznej, podkreśla, że w wyjątkowych przypadkach, zdaniem jego, jak i zdaniem innych neurologów, wrzód miękki wystarcza do wywołania wiądu rdzenia, że widywał przypadki, w których wiąd rdzenia rozwijał się w rok po zakażeniu przymiotowem, co dowodzi, że zakażenie przymiotowe jest nie jedynym, lecz jednym z bardzo wielu czynników powstania tej choroby.

V. KOPCZYŃSKI. ST. przedstawił p r z y p a d e k o p h t a l m o p l e g i a e c h r o n i c a e p r o g r e s s i v a e e x t e r n a e.

Chory B. lat 35, kupiec, skarży się na niemożność unoszenia powiek ku górze. Choroba rozpoczęła się przed 13 laty. Oprócz stopniowego opuszczania się powiek chory zauważył, iż, chcąc spojrzeć w bok lub do góry i na dół, musi całą głową w tym kierunku poruszać. Dwojenia w oczach nigdy nie doznawał. Niekiedy tylko po parogodzinnem czytaniu książki wiersze mu się krzywią i mienią, jak twierdzi od zmęczenia. Oprócz grypy, którą przebył 9 lat temu, na żadną inną chorobę, nawet na dziecinne wysypkowe nie chorował. Po za tem czuje się zupełnie zdrów. Od lat 10 już żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci; siostry i bracia chorego zdrowi. Ojciec zmarł po operacyi nowotworu na szyi, matka żyje, zdrowa. Nikt w rodzinie na choroby oczne, na zeza nie chorował. Jak podaje chory, od dzieciństwa ma uwypuklone obie gałki oczne. Na owo opuszczanie się powiek chory przed 3 laty zasięgał porady u prof. Hirszberga w Berlinie, i z polecenia jego wziął 200 wcierań szaruchy bezskutecznie. Po za tem nie leczył się wcale. Żadnych chorób wenerycznych nie przechodził. Nie pije. Umiarkowanie pali.

— Mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiany. W narządach wewnętrznych żadnych zmian. Z zaburzeń w układzie nerwowym stwierdzono tylko, co następuje: obie brwi uniesione łukowato ku górze (zastępczo, w celu unoszenia powiek), liczba zmarszczek na czole zwiększona. Wybitne obustronne wysadzenie gałek, powieki górne mocno opuszczone: przy patrzeniu przed siebie prawa zakrywa górne $^3/_4$ części źrenicy, lewa połowę. Ruchy gałek ocznych po obu stronach do minimum ograniczone; środek źrenicy przesuwa się od linji obrotu osi gałki ocznej we wszystkich kierunkach nie więcej nad ½ milimetra. Źrenice umiarkowanie szerokie. Na światło i na przystosowanie oddziaływają prawidłowo. Siła widzenia, refrakcja, dno oka i pole widzenia prawidłowe.

Mówca rozpoznaje w danym przypadku przewlekłe postępujące porażenie jąder nerwów okoruchowych, cierpienie, które w r. 1858 Graefe wyodrębnił jako oddzielną jednostkę chorobową o ciemnej etjologji.

Przy sposobności mówca przedstawił drugiego chorego, demonstrowanego już raz w sekcji przed dwoma laty z tem samem rozpoznaniem; u chorego po latach 40 trwania choroby wystąpił zanik mięśni na kiściach i na stopach o charakterze zaniku rdzeniowego, a w ostatnich czasach występuje objaw Babińskiego. Mówca podkreśla istnienie w danej chorobie specjalnej wrodzonej skłonności do wyczerpywania się czynności komórek ruchowych w pniu mózgowo-rdzeniowym.

W dyskusji Sterling podkreśla fakt, że w przedstawionym przypadku nie było dwojenia, jak i w większości odpowiednich przypadków; brak dwojenia uważa za jeden z najbardziej charakterystycznych objawów ophtalmoplegiae chronicae progressivae w odrożnieniu od innych porażeń ocznych. Wbrew przemówieniu Higiera zaznacza, że dwojenia brak nawet w takich przypadkach opht. chron. progr., gdzie objawy porażeniowe rozwinięte są w obu oczach nierównomiernie (np. w przedstawionym w sekcji przez S. przypadku.)

Biro zastanawia się, dlaczego upośledzenie ruchów gałek ocznych w pewnych kierunkach jest większe, w innych mniejsze.

Bregman rozpoznawałby w drugim przypadku zapalenie substancji szarej mózgu i rdzenia przewlekłe. Wysadzenie gałek w 1-ym przypadku wskazuje na wrodzone osłabienie mięśni.

Kopczyński odpowiada, że pole widzenia u obu chorych jest zupełnie normalne na obu oczach, że na podwójne widzenie istotnie chorzy się nie skarżą. Wbrew twierdzeniu Bregmana rozpoznanie u drugiego chorego zapalenia substancji szarej upada, gdyż oftalmoplegja u niego istnieje od 20-go roku życia, to jest od lat 40, gdy zaniki mięśni na kiściach i stopach od lat 3-ch, i od tego dopiero czasu przestał on pracować. Mamy tu więc powikłanie oftalmoplegji zanikami mięśni typu rdzeniowego, co świadczy o jakiejś wrodzonej skłonności do wyczerpywania się czynności komórek ruchowych.

Higier uważa dwojenie w ostrej oftalmoplegji za prawidło w przewlekłej za rzadki wyjątek. W ostrej oftalmoplegji dwojenie stopniowo znika — nawet przy niewielkiej poprawie ze strony porażonych mięśni, — gdyż powstają nowe mechanizmy, ruchy synergiczne, celowe przechylanie głowy i kierowanie gałek ocznych przy wpatrywaniu się, słowem wytwarza się przystosowanie zupełne. W oftalmoplegji przewlekłej nie ma to miejsca jedynie przez to, że porażenia powstają bardzo stopniowo w ciągu wielu lat, obejmują jednocześnie mięśnie obu gałęzi, są nietylko symetryczne, ale i jednakowego natężenia z obu stron. Wyjątek stanowi nierównomierność ptozy obu oczu. Oftalmoplegja zupełna jest o wiele rzadsza od oftalmoplegji zewnętrznej: jedna i druga stanowi zupełną analogję do porażenia opuszkowego i do choroby Duchenne-Aranna. W przypadku, przez Higiera przed kilkunastu laty opisanym, zewnętrzna oftalmoplegja stopniowo przeszła w porażenie opuszkowe i rdzeniowe, pogorszywszy się znacznie po zapaleniu

wielonerwowem połogowem. Czy zwężenie pola widzenia często towarzyszy oftalmoplegji przewlekłej, zasługuje na bliższe zbadanie.

VI. H. HIGIER, przedstawił przypadek wylewu krwawego (Haematomyelia spontanea) w części grzbietowo-lędźwiowej rdzenia.

Chory lat 45, wyglądający na lat 65, człowiek zupełnie zdrowy, dobrze odżywiany i ciężko pracujący, zachorował przed 9 tygodniami na silne bóle nóg, do czego się przyłączyły w ciągu kilku dni przemijające obrzmienie stóp, drętwienie, mrowienie oraz uczucie zimna w stopach. W domu mimo kąpieli, wcierań salicylatów i licznych zabiegów napotnych, chory nic się nie poprawił i gościec—jak go miejscowi lekarze rozpoznali—pozostał umiejscowionym w mięśniach kończyn dolnych.

Przy pierwszem, względnie pobieżnem badaniu Higier, licząc się z powyższymi wywiadami i uzupełniwszy je okolicznością, że chory od szeregu lat wypijał po kieliszku wyskoku 2 razy dziennie, rozpoznał ostre zapalenie nerwów, prawdopodobnie na tle wyskokowem powstałe. Upoważniły do tego następujące, przy badaniu stwierdzone dane: lekki niedowład wiotki dolnych kończyn, osłabienie wszelkich rodzajów czucia, wybitna bolesność mięśni na ucisk, przemijające zaburzenia naczynioruchowe i brak odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Po bliższem atoli zbadaniu i dokładniejszem zbieraniu danych podmiotowych, o których chory sam nie wspominał i mało wiedział, należało cofnąć to, skądinąd bardzo prawdopodobne rozpoznanie i po rozpatrzeniu poważnych czynników różniczkowo-rozpoznawczych przechylić się do przyjęcia ostrego cierpienia rdzeniowego. Okazało się przedewszystkiem: 1) że choroba rozpoczęła się prawie nagle, gdyż bóle nóg pojawiły się zrana podczas ubierania się, potęgując się nieznacznie w ciągu następnych kilku dni, 2) że bóle, oszczędzające pnie nerwowe, obejmują nietylko nogi, ale pośladki, krzyż i brzuch do wysokości 8 żebra, 3) że drętwienie i osłabienie czucia dochodzą do tejże linji, opasującej tułów, 4) że chory od początku choroby cierpi na zaparcie stolca i zatrzymanie moczu, które mu wprawdzie tak mało dokuczają, że o nich nie wspominał, 5) że stosunek płciowy, od kilku tygodni znacznie osłabiony, oddawanie moczu i stolca kończą się w ostatnich czasach silnym bólem kurczowym w odbycie i kroczu, 6) że dolna połowa ciała poci się znacznie mniej od górnej. Dokładne badanie przedmiotowe uzupełniło też obraz kliniczny na korzyść rozpoznania ośrodkowego. Okazało się, że utrudnienie chodu i ruchów wogóle zależne jest przedewszystkiem od bólu mięśniowego, występującego przy kurczeniu się mięśni, że brak jest zupełny bezładu i zaburzeń w pobudliwości elektromięśniowej, że w minimalnym stopniu dotknięte jest czucie dotykowe i stereognostyczne, że skóra i tkanka tłuszczowa są na ucisk bardzo mało wrażliwe, pomimo znacznej bolesności uciskowej mięśni nóg, pośladków, brzucha i krocza, że bolesna też jest kość krzyżowa, że odruchy brzuszne, górne i dolne są zniesione przy zachowanych odruchach ze strony podeszw i dźwigaczy jąder.

Przy tym zespole objawów należało rozpoznać: wylew krwawy do

rdzenia. Przemawiało za tem nagłe powstanie przy wkładaniu butów, nadużycia wyskowe i starczy wygląd 45-letniego mężczyzny. Zasługują na uwagę: 1) bolesność wszystkich mięśni, włączając mięśnie powłok brzusznych, zwieraczy i krocza przy spółkowaniu, 2) osłabienie czucia powierzchownych tkanek przy nadczułości głębokich, 3) brak zupełny odruchów ścięgnowych, 4) zaburzenia naczynioruchowe i potowydzielnicze dolnej połowy ciała. Górna granica wylewu dochodzi do 8-go odcinka grzbietowego lub nieco wyżej, dolna do 2-go krzyżowego lub nieco niżej. Dotknięta jest głównie tylno-boczna symetryczna część substancyi szarej. Wylew rurkowaty (haematomyelia tubularis, Röhrenblutung) pozostawił nieuszkodzonemi: przednie rogi (odżywcze), tylne pęczki (dotykowe), boczne tory (kojarzoniowe). Brak zupełny odruchów ścięgnowych przemawia za zniszczeniem odnośnych łuków odruchowych w obrębie substancyi szarej, bolesność mięśni dowodzi odosobnionego wewnątrz-rdzeniowego umiejscowienia włókien czuciowych dla mięśni, znajdujących się w danym przypadku w stanie podrażnienia uciskowego. Poważnych danych dla rozpoznania towarzyszącego wylewu międzyoponowego (haematorrhachis) niema.

W dyskusji Flatau nie zgadza się zupełnie z rozpoznaniem wylewu krwi do rdzenia, lecz rozpoznaje w danym przypadku rozsiane zapalenie nerwów, a to dlatego, że 1) wylew krwi do rdzenia, powstały samorzutnie, bez urazu, należy do zjawisk nadzwyczaj rzadkich, 2) wobec obustronnego zajęcia tylnych rogów na znacznej przestrzeni byłyby u chorego objawy zaburzeń ze strony stolca i pęcherza, 3) zaburzenia potowydzielnicze bywają i w zapaleniu wielonerwowem, 4) bolesności mas mięśniowych nie spotykamy nigdy w wylewie rdzeniowym, o analogji z bólami pochodzenia ośrodkowego nie możemy mówić, chodzi tu bowiem o nadczułość neuronu obwodowego, 5) zapalenie wielonerwowe przebiegać może ostro.

Higier w odpowiedzi Flatauowi podkreśla te momenty z historji choroby, które go skłoniły do zarzucenia pierwotnego rozpoznania „zapalenia wielonerwowego“. Do rozpoznania „wylewu krwawego w rdzeniu“ zmuszają: 1) początek nagły, 2) zajęcie równomierne kończyn i okolicy brzucha do wyrostka mięczykowatego (zaburzenia czuciowe, naczynioruchowe i swoiste potowydzielnicze), 3) bolesność krzyża i opasujący ból na wysokości 7—8 żeber, 4) zaburzenia przy wytrysku nasienia, oddawaniu moczu i kału, 5) zniesienie odruchów brzusznych z obu stron oraz 6) brak porażeń, bezładu i zaburzeń pobudliwości elektrycznej. Umiejscowienie wspomniane — wylew rurkowaty nieznaczny, ośrodkowo położony, tuż za kanałem środkowym i obejmujący symetrycznie tylno-boczną część substancyi szarej—dosyć dobrze tłomaczy cały obraz kliniczny. Hypotezę o odosobnionym przebiegu dróg czuciowych dla muskulatury Higier wypowiada w celu tłomaczenia niezwykłego dla wylewu krwi do rdzenia objawu: t. j. bolesności mięśni. Niezależnie od słuszności tej hypotezy rozpoznanie sprawy rdzeniowej wydaje się prelegentowi bardziej uzasadnione od zapalenia wielonerwowego ostrego, wymagającego conajmniej kilku dni do rozwoju swego i mającego zazwyczaj typ obwodowy.

VII. HIGIER i NEUGEBAUER. Zboczenie rozwojowe w układzie nerwowym w przypadku przewrotności płciowej.

Pokaz preparatu (ze zbiorów goszczącego chwilowo w Warszawie muzeum Thoineta preparatów woskowych i moulages), przedstawiającego okolicę pośladków, odbytu i narządów płciowych mężczyzny, dotkniętego przewrotnością płciową w postaci zawodowej pederastji. Główne nerwy czuciowe, które w warunkach prawidłowych zaopatrują narząd płciowy, na danym preparacie zbierają się w okolicy odbytu. Preparat ten, uderzający pięknem obrobieniem, wykonany został przez artystę — anatoma Paul'a w Dreźnie i modelowany podobno z oryginału prof. Krafft—Ebbing'a. Biorąc pod uwagę dane z piśmiennictwa lekarskiego, nie wspominającego nic o opacznem unerwieniu obwodowem u homoseksualistów, należy, zdaniem Higiera, preparat ów uważać za falsyfikat, wprowadzający w błąd nieświadomych rzeczy.

VIII. JAROSZYŃSKI. Przyczynek do psychoanalizy idei natrętnych.

Zdaniem Freud'a, te zespoły wyobrażeń („kompleksy"), które skutkiem urazu nabierają zabarwienia ujemnego pod względem wzruszeniowym, wyosobniają się od reszty świadomości, jako niemożliwe do zniesienia (unerträglich), czyli podlegają stłumieniu (Verdrängung). Ten wyparty ze świadomości zespół, czyli wzruszenie uwięźnięte może się wyładowywać w dwojaki sposób:

1) albo drogą przetwarzania się w unerwienie cielesne (konwersya), powodując napady nerwowe, porażenia, przykurczenia etc.—czyli tą drogą powstaje histerya.

2) albo przyczepia się do innych wyobrażeń obojętnych, przechodząc na poziomie świadomości (transpozycya) do innych wyobrażeń, które nabierają wskutek tego siły natręctwa i tą drogą powstaje nerwica przymusowa (Zwangsneurose).

Siła stłumienia przechodzi w siłę natręctwa. Energja ukryta, związana wskutek siły tłumienia z pewnemi wyobrażeniami, może się od nich odłączać i działać poniekąd in statu nascendi, nabierając siły „energji wyzwolonej", nadającej siłę natręctwa innym wyobrażeniom.

Przykład najczęstszy: neurastenia u onanisty. Skargi hipochondryczne zaczynają się zwykle po przeczytaniu broszurki, traktującej o szkodliwości samogwałtu dla zdrowia lub po wizycie lekarza, który nieopatrznie nastraszy pacjenta, pragnąc ułatwić mu odzwyczajenia się od nałogu. Gdy pod tymi wpływami onanizujący się pragnie pozbyć się swego przyzwyczajenia, wówczas po pewnym czasie takiego „tłumienia", powstają idee natrętne, dotyczące stanu zdrowia: wydaje mu się, że traci pamięć, że traci wzrok i t. d. Siła tłumienia przenosi się na wyobrażenia, użyte do tego tłumienia, t. j. myśli o szkodliwości nałogu dla zdrowia i nadaje im siłę natręctwa. Dlatego onaniści lekkomyślni, nie mający wyrzutów sumienia z powodu oddawania się samogwałtowi, ani ci, którzy nie porzucil

nałogu odrazu albo po jego zaprzestaniu przeszli do stosunków płciowych normalnych—rzadziej cierpią na neurastenię t. zw. seksualną.

Podobne rozumowanie można przeprowadzić w 3-ch poniższych przypadkach idei natrętnych, objaśnianych i analizowanych z punktu widzenia teorji Freud'a.

1) Uczeń l. 17. Zdolny, chętny do nauki. W 13 r. życia samogwałt, uprawiany do r. 15, potem nagle zaprzestał. Od tego czasu polucje. W 16 roku życia wstąpił do zakładu katolickiego w Chyrowie pod Lwowem, gdzie począł podlegać wpływowi religijnemu ze strony jezuitów. Jeden ze spowiedników, pragnąc, aby się odzwyczaił od onanizmu, począł mu wpajać myśl, że to grzech, że musi tego zaprzestać. Pod tym wpływem odzwyczaił się rzeczywiście. Powoli zaczęły się rozwijać idee natrętne grzeszności — mianowicie wszystko, mogące dać powód do zdrożnych myśli, wydawało mu się grzechem, jakkolwiek w głębi przekonany był, że tak nie jest. Więc np. przy ubieraniu rannem „spieszył się, aby nie widzieć, jak sąsiad się ubiera, bo to mogłoby być grzechem śmiertelnym", „bał się spojrzeć na spodnie kolegi, bo to by mogło być okazją...", w kaplicy bał się siąść blizko kolegi, bo „to mógł być nowy grzech", „uczy się np. historji:—ten zabił tego i tego—ale mam słabą pamięć—może jest inaczej—posądzenie niesłuszne jest grzechem" (wyjątki z listu do rodziców). Podczas zajęcia w klasie siedział niespokojny, aby nie widzieć nogi, buta kolegi i t. d., kolega dmuchnął—powietrze może dolecieć do jego twarzy — nowa okazja do grzechu.

Rozbierając ten przypadek, widzimy: 1) seksualność, rozbudzoną w kierunku zboczenia (onanizm), 2) seksualność, stłumioną drogą wpływu hamującego ze strony religii, 3) siła stłumienia seksualności uległa przemieszczeniu w siłę natręctwa grzeszności. Czyli seksualność, uległszy przez wpływ religijny stłumieniu, zaczęła powracać do świadomości pod inną postacią, mianowicie pod postacią tych wyobrażeń, które zostały użyte dla stłumienia—t. j. idei grzeszności; tą drogą powstały chorobliwe objawy ciągłego grzeszenia.

2) Słuchacz teologii w Krakowie l. 24 (obserwowany w ambulat. prof. Piltza), pochodzi z rodziny nieco obarczonej (brat cierpi na padaczkę). Od 12 roku życia przedwczesne pobudzenie płciowe: onanizm i stosunki z kobietą (niezupełne, w celu zapobiegawczym). Od 4 lat uczęszcza na teologję, od tego czasu pod wpływem religijnym stara się zapomnieć o życiu płciowem. Zrazu udaje mu się to w zupełności: w ciągu roku czuł się bardzo dobrze, nie miewał nawet polucji. Stopniowo jednak rozwinęły się obawy przed ciągłem grzeszeniem: spojrzenie na kobietę począł uważać za grzech, podobnie odczuwanie sympatji do jednego kolegi większej, niż do drugiego. Z powodu tych „skrupułów grzeszności" (jak sam je nazywa w pamiętniku, z którego wszystkie szczegóły historji choroby zostały zaczerpnięte) chodził ciągle do spowiedzi, co go jednak tylko na krótki czas uspakajało. Od roku zaczęły go dręczyć sny—zjawiały mu się np. nagie kobiety, które go prześladowały. Starając się od tych myśli uwolnić, począł, leżąc w łóżku, wstrzymywać oddech i zaciskać pięści—by wywołać ból fizyczny i tym sposobem odwrócić uwagę od dręczących go obrazów

Od tego czasu i na jawie począł zwracać uwagę na płuca, serce (zdawało mu się, że jest chory na suchoty, na wadę serca), oraz zaczął wykonywać niespokojne ruchy rękoma. Z temi właśnie skargami przyszedł do ambulatorjum — dopiero analiza pamiętnika wykryła ogniwa pośrednie. Mamy tu do czynienia, jak i w przypadku poprzednim: 1) z seksualnością, przedwcześnie rozbudzoną, 2) następczo uległą stłumieniu pod wpływem religijnym, 3) przemieszczeniem w obawy grzeszności, jak w przyp. pierwszym, 4) powrót wyobrażeń stłumionych w snach i znowu przejście drogą przemieszczenia na idee hypochondryczne sposobem omówionym: te wyobrażenia i fakty, które zostały użyte dla stłumienia, stały się z kolei natrętnymi (ruchy rąk), albo stały się dominującymi w świadomości (stąd skargi hipochondryczne, dotyczące płuc, serca). Czyli i w tym przypadku siła stłumienia przeszła w siłę natręctwa. Chory po przeprowadzeniu analizy i wytłomaczeniu mu genezy jego cierpień, poczuł wybitną poprawę i z czasem pozbył się swych dolegliwości.

3) Mężczyzna l. 33, cierpi od lat 7-miu na idee natrętne dotyczące niewygody ubrania. Gdy siedzi, nagle doznaje niepokoju — „ciśnie go" — musi odpiąć guzik od szelek, gdy jest sam, chętnie zrzuca ubranie zwierzchnie, pozostaje w kamizelce, albo koszuli, lub też kładzie inne, stare, do którego się przyzwyczaił. Z początku nie wiedział, że to są idee chorobliwe, wydawało mu się, że w istocie ubranie jest niewygodne i dlatego ciągle zamawiał nowe garnitury, zmieniał ciągle krawców i t. d. Dopiero po roku zrozumiał, że jest to natręctwo myśli i począł się leczyć bezskutecznie. Najlepiej mu zrobiły kąpiele powietrzne, i teraz chętnie kilka razy dziennie używa ich, rozbiera się do naga np. po obiedzie, gdyż wówczas bez ubrania czuje się najlepiej, ma ruchy najbardziej swobodne i sprawne (dlatego np. zawsze jest zupełnie bez ubrania podczas pakowania rzeczy i t. d.).

Wynik psychoanalizy: 7 lat temu podczas powstania idei natrętnych mieszkał w Szwajcarji, jako student. Z początku natręctwo dotyczyło tylko jednego ubrania, mianowicie określonego tużurka; gdy był weń ubrany, czuł niepokój, potęgujący się zwłaszcza, gdy znajdował się w towarzystwie kobiet. Dalej psychoanaliza wykryła, że zajęty był wówczas pewną mężatką, u której bywał codziennie; do stosunków jednak nie dochodziło, a to z powodu, że miał w tym czasie rzeżączkę. Tak trwało kilka miesięcy — widywał się z nią ciągle, oboje byli silnie podnieceni pod względem płciowym, wizyty u niej denerwowały go bardzo. Chodził do niej zawsze w tużurku, a to dlatego, by łatwiej mógł się zabezpieczyć przed wzrokiem kogokolwiek, ktoby mógł nagle wejść do pokoju (miewał czasami ubranie rozpięte); był to właśnie ten tużurek, który pierwszy zaczął go denerwować i od którego zaczęło się natręctwo niewygody ubrania, od czasu gdy zerwał ten dręczący go stosunek.

Mamy zatem w danym przypadku: 1) seksualność, podniecona w kierunku nienormalnym, 2) seksualność, stłumioną wskutek specjalnych okoliczności (rzeżączki), 3) przejście siły tłumienia w siłę natręctwa drogą symbolizacji na te wyobrażenia i przedmioty, które były użyte do tłumienia. Przejście na natręctwo niewygody ubrania mogło w danym

przypadku nastąpić z łatwością, a to z powodów: 1) ubranie jest wogóle przeszkodą do wyładowania podniecenia płciowego, 2) w danym razie tużurek był użyty do zakrywania rozpiętych części ubrania.

Po kilku seansach leczenia psychicznego chory doznał wyraźnej poprawy.

Wnioski ogólne: 1) Niektóre idee natrętne mają niewątpliwie podkład seksualny, za przykład czego mogą służyć przypadki przytoczone, tem więcej przekonywujące, że pierwsze dwa poddano psychoanalizie piśmiennej, t. j. na zasadzie listów lub pamiętnika, wyłączającej możliwość bezwiednej autosuggestji lub naciągania faktów ze strony badającego.

2. Zależność natręctwa idei od siły stłumienia (Verdrängung) seksualności da się najracjonalniej, zdaniem naszem, sformułować w prawie znajdującem zastosowanie w podanych przypadkach: energja seksualności, podlegającej stłumieniu, nadaje siłę natręctwa tym wyobrażeniom i aktom, które zostały użyte do tłumienia.

3) Fakt skuteczności leczniczej psychoanalizy w ideach natrętnych miałby doniosłe znaczenie pod względem praktycznym, gdyż natręctwo myślowe dotychczas było uważane za mało nadające się do leczenia psychicznego.

4) Zasługuje na podniesienie strona pedagogiczna pierwszego przypadku i po części drugiego: wychowywanie w przesadnie religijnej atmosferze może być często szkodliwe dla zdrowia psychicznego.

W dyskusji Sterling sądzi, że jak w pierwszym, tak zwłaszcza w drugim przypadku J. nie mamy bynajmniej do czynienia z ideami natrętnemi; fakt, że chorego trapią pewne określone objawy somatyczne, nie może być zakwalifikowany, jako idea natrętna (przypadek drugi), w przypadku pierwszym obserwacja jest zbyt krótka, ażeby uważać wyleczenie za trwałe.

Bornstein zaznacza, że w ideach natrętnych chory zdaje sobie sprawę co do bezsensowności idei. B. krytykuje Freuda, który wszędzie doszukuje się pobudek płciowych.

Higier nie we wszystkich omawianych przypadkach rozpoznałby idee natrętne, a zwłaszcza związek przyczynowy z dziedziną płciową. Trudno sobie przedstawić podkreślony przez pacjenta-teologa wpływ hamujący zatrzymywanego oddechu i mocnego zginania pięści na zjawianie się w fantazji zawodowego onanisty sprośnych scen kobiecych lub przeistaczanie się tych dowolnych i przemijających ruchów w mimowolne i stałe tiki patologiczne. Freud niewątpliwie przyczynił się wielce swoją psychoanalizą do wyświetlenia niektórych zagadek w dziedzinie histerji i neurastenii, ale przesada wielu jego zwolenników dochodzi do kompletnego absurdu, uniemożliwiającego poważną dyskusję. Wystarcza przeczytać ostatnią elukubrację o „Analerotik und Analcharakter“ Sadger'a, lekarza skądinąd bardzo światłego, znanego patografa kilku znakomitości niemieckich, aby się przekonać do jakich niedozwolonych niedorzeczności domorośli psychoanalitycy dochodzą. Dość powiedzieć, że znajdują przewrotność płciową w 1-ym roku życia, psychoanalizą sięgają do erotyki z pierwszych miesięcy życia, że „nadmierny pociąg do czystości w gospo-

darstwie" oraz „zbytnią oszczędność" uważają za cechy rozpoznawcze erotyzmu odbytu (Analerotic). Higier proponuje poświęcić specjalny wieczór dyskusyjny aktualnej tej sprawie.

W odpowiedzi Jaroszyński zaznacza, iż obawy grzeszności, czyli „skrupuły" należą niewątpliwie do idei natrętnych, nie zaś obłędnych, jak uważa kol. Sterling, chory bowiem zdaje sobie sprawę, że nie mają one racjonalnej podstawy, a mimo to prześladują go one ciągle; w ideach obłędnych samo „ja" krytyczne podlega chorobliwemu urojeniu, co cechuje chorobę umysłową. Co do zarzutów względem teorji Freud'a, to bezwątpienia jest ona pod wielu względami przesadna, jednak zawiera też wiele słusznych spostrzeżeń; dlatego też nie należy potępiać jej całkowicie, przeciwnie, wyzyskać dla celów praktycznych to, co jest w niej wartościowego. Powyżej podana analiza trzech przypadków jest próbą zastosowania pojęć Freud'owskich do kilku idei natrętnych, przyczem starano się możliwie uniknąć suggestjonowania się; zresztą w naszej analizie zależność psychologiczna natręctwa od tłumienia seksualności jest dość jasna i prosta, tak że o naciąganie faktów można nas posądzić o wiele mniej, niż samego Freud'a w wielu jego pracach.

Sekretarz St. Kopczyński.

## POSIEDZENIE DNIA 16 KWIETNIA 1910 r.

1) Handelsman. Przypadek dystrofji mięśniowej typu Marie-Tooth.

2) Bychowski. Przypadek histerji z koprolalją.

3) Kopczyński St. i Jaroszyński. Dwa przypadki kurczu szyi (torticollis.)

4) Rotstadt. Przypadek oftalmoplegji pochodzenia urazowego.

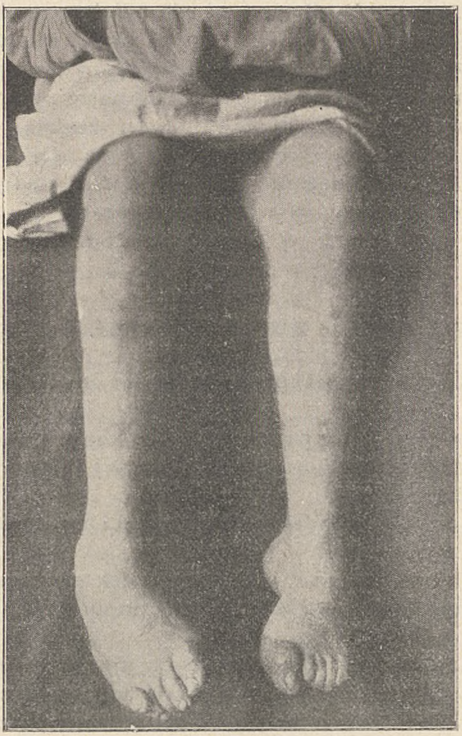
5) Koelichen i Sterling. Przypadek przypuszczalnego stwardnienia wieloogniskowego z zaburzeniami mowy o charakterze zamiarowym.

6) Pechkranc. a) Przypadek dystrofji układu kostnego.
b) Przypadek białaczki z objawami mózgowymi.

7) Higier. Trzy przypadki rodzinnej postaci moral insanity.

I. HANDELSMAN J. przedstawił przypadek dystrofji mięśniowej typu Marie-Tooth. Przypadek dotyczy chorego, mającego obecnie lat 40. W 8-ym roku życia zachorował on nagle: dostał silnych bólów w kończynach i podobno nie mógł wykonać najmniejszego ruchu bez wywołania bólu; gorączki ani drgawek ogólnych nie było. Ruchy mięśni twarzowych były zachowane i nie bolesne. Po paru tygodniach bolesność ruchów znacznie się zmniejszyła, chory jednak nie mógł wstać z łóżka; ruchy rękami i głową znacznie się poprawiły. Po 3-ch latach chory zaczął chodzić. Od tego czasu ruchy rękami były zupełnie dobre, chodził bez pomocy kija, stopy jednak były trochę zgięte w sta-

wach skokowych. Stan taki trwał 26 lat; dopiero 3 lata temu zachorował znowu nagle: po przeziębieniu ból w lewem podżebrzu, następnie w obu kończynach dolnych i górnych, tak że znowu nie mógł niemi poruszać. Po roku bóle minęły zupełnie i wtedy chory stwierdził, że znacznie trudniej mu chodzić; może tylko chodzić, opierając się na kiju; stawianie stóp znacznie gorsze, niż poprzednio. Jednocześnie zaczęło występować zniekształcenie palców rąk i nóg, palce piąte kończyn górnych zaczęły się przykurczać.

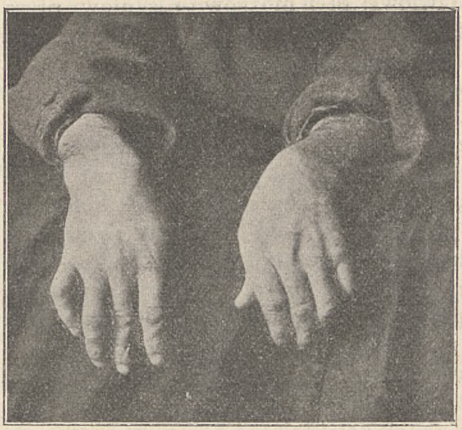


Nie przyznaje się do syfilisu ani do opilstwa. Żadnych danych dziedzicznych.

Stan obecny. Chory małego wzrostu, miernego odżywiania. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono zmian. Inteligencja mała. Źrenice nierówne, oddziaływanie na światło i na nastawienie słabe, zwłaszcza z lewej strony. Ruchy gałek ocznych prawidłowe, drżenia niema. Szpary oczne wązkie; lekkie opadnięcie prawej powieki. Nos ma formę siodełkowatą. Ruchy mięśni twarzowych prawidłowe; mimika twarzy nieznaczna, tak iż twarz robi wrażenie maski, podczas mowy zaś i mi-

miki uczuciowej czyni wrażenie twarzy z gumy. Mowa ma lekki przydźwięk nosowy i jest nieco drżąca.

K o ń c z y n y g ó r n e: w obu kończynach przykurczenie piątych palców, z lewej strony silniejsze, chory sam nie jest w stanie wyprostować tego palca; bierne wyprostowanie jest bardzo utrudnione i niezupełne. Ruchy dowolne w stawach barkowych, łokciowych i napiąstkowych zupełnie dobre i siła tych ruchów dosyć duża; jest jednak pewne osłabienie wyprostowania dłoni, zwłaszcza lewej; ruchy palców są powolne; obustronnie przywodzenie i odwodzenie palców upośledzone, z lewej strony bardziej, niż z prawej, przeciwstawienie dużego palca powolne i osłabione. Wyprostowanie małego palca z prawej strony jest o tyle niedostateczne, że drugi członek nawet przy największym wysiłku tworzy z pierwszym kąt rozwarty, z lewej strony prosty; bierne wyprostowanie z prawej strony mało ograniczone w pierwszym stawie



międzyczłonkowym, z lewej zaś strony bardzo ograniczone, tak że przy największym wysiłku pozostaje w stawach członkowych kąt nieco większy niż prosty; przy nadmiernem wyprostowaniu czuje się naprężone ścięgna zginaczy, prócz tego objawy analogiczne stwierdzić się dają w 4-ym palcu i w nieznacznym stopniu w 3-im palcu lewej ręki. Zanik mięśni międzykostnych, kłębu i kłębuszka i mięśni przedramienia.

Czucie zachowane. Odruchy z ścięgna trójgłowego słabe, odruchy z okostny dosyć żywe. Odruchy brzuszne dosyć żywe. Odruch mosznowy prawy bardzo słaby, lewy żywszy.

K o ń c z y n y d o l n e: w leżącej pozycji nogi są wyprostowane w kolanach, obie zaś stopy zbliżone i zwrócone ku wewnątrz. Wogóle zmiany są większe w prawej stopie. Stopa ta jest zgięta prawie pod kątem prostym. Palce są krótkie, stłoczone jeden obok drugiego. Stopy przedstawiają tu bardzo wybitny typ szpotawo-koński. Przy ruchach

biernych można w lewym stawie skokowym wykonać bardzo nieznaczne wyprostowanie; przy biernem zgięciu podeszwowem opór jest mniejszy. Po stronie prawej przy zgięciu grzbietowem wyczuwa się silny opór, rozmiar tego ruchu przy największym wysiłku jest minimalny; zgięcie podeszwowe można wykonać w większym rozmiarze. Obie stopy są chłodne i sinawe. Zanik mięśni grupy strzałkowej. Ruchy dowolne w leżącej pozycji w stawach skokowych są wybitnie upośledzone, po stronie prawej więcej, niż po stronie lewej, zgięcie grzbietowe jest gorsze, niż podeszwowe; chory w prawym stawie skokowym wykonywa wyprostowanie minimalne; przy zgięciu podeszwowem cały zewnętrzny brzeg stopy opuszcza się ku dołowi i ku wewnątrz. Przy stawianiu oporu wyraźne osłabienie siły tego ruchu; ruchy palcami są nieznaczne (pod względem rozmiarów).

Chodzenie bez kija niemożebne, chód powolny, kaczkowaty; przy chodzeniu stawia stopy ich zewnętrznym brzegiem. Czucie zachowane.

Odruchy kolanowe żywe; odruchy ze ścięgna Achillesa słabe, podeszwowe prawidłowe.

Nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty w I mm $^3$ (według metody Fuchsa-Rosenthala)—$2^2/_3$ limfocyty; białka (faza I Nonnego) niema.

Badanie elektryczne wykazuje tylko zmiany ilościowe w m. m. kłębu, kłębuszka, międzykostnych i strzałkowych.

Przeciw rozpoznaniu zapalenia wielonerwowego (a mianowicie polyneuritis chronica Oppenheim) przemawia bardzo powolny rozwój, brak zaburzeń czuciowych, brak bolesności, objawy źrenicowe; przeciw syringomyelji — brak rozszczepienia czucia, brak odruchu Babińskiego i objawów kurczowych i t. p. Z pośród zaników mięśni postępujących odrzucić można przypuszczenie: 1) dystrofji mięśniowej postępującej, t. j. postaci myopatycznej, oraz 2) postaci rdzeniowej zaników mięśniowych (t. j. postaci Duchenne-Aran'a i Werdnig-Hoffmanna). Pozostaje przypuszczenie postaci trzeciej, t. zw. neuralnej a raczej rdzeniowo-obwodowej.

Przypadków tej postaci opisano jak dotychczas przeszło 300 (Kügelgen, Archiv. f. Psychiatrie 45. R. 1909). Rozróżniają 4 typy: 1) typ strzałkowy—(Sainton, Soca); typ ten jest dosyć częsty; 2) typ przedramieniowy (Hänel), spotykany bardzo rzadko; 3) typ Déjerine-Sottas (objawy wiądowe w połączeniu z zapaleniem nerwów przerostowem); 4) typ przedramieniowo-strzałkowy (Charcot-Marie, Tooth, Hoffmann). Ten ostatni typ spostrzegany bywa najczęściej. Zazwyczaj występuje rodzinnie (opisywano 30 przypadków jednej rodziny w 6 pokoleniach); dosyć jednak często spotyka się osobne przypadki; sprawa rozwija się powoli i ogranicza się do zaniku mięśni w obwodowych odcinkach wszystkich czterech kończyn; odruchy bywają bądź zupełnie zniesione lub też osłabione; bardzo rzadko odruchy kolanowe są żywe (Sainton).

Musimy rozważyć także możliwość rozpoznania zapalenia rogów przednich rdzenia. Przeciwko niemu przemawiają jednak objawy źrenicowe, mowa z charakterem nosowym, zajęcie mięśni symetrycznie we wszystkich czterech kończynach tylko w częściach obwodowych—powolny,

stopniowy rozwój. Pozostaje więc najprawdopodobniejszem rozpoznanie postaci Charcot-Marie-Tooth.

Dla porównania pozwolę sobie przytoczyć analogiczny przypadek, opisany ostatnio przez Westphal'a w Archiv f. Psychiatrie 1909 r. 45 tom 3 zeszyt. U chorego, w rodzinie którego nie było chorób nerwowych ani mięśniowych, były jednak przypadki chorób umysłowych, w 12-ym roku życia wystąpiło podobno nagle osłabienie przy objawach drgawkowych, zanik obu goleni; osłabienie stopniowo wzrastało, później przyłączyło się do tego także osłabienie zanikowe w częściach obwodowych kończyn górnych. Później rozwój tego cierpienia zatrzymuje się i przez długie lata stan chorego pozostaje bez zmiany.

W roku 1904 można stwierdzić u 45-letniego chorego osłabienie i zaniki w odcinkach obwodowych wszystkich czterech kończyn, odruchy ścięgnowe są słabe. Czucie zachowane. Wyraz twarzy maskowaty i mowa z przydźwiękiem nosowym.

Westphal rozpoznał wtedy zapalenie rogów przednich i po paru latach chory umarł; na sekcji stwierdzono zmiany, jakie się spotyka w rdzeniowo obwodowej postaci zaników mięśniowych t. j. zwyrodnienia w nerwach obwodowych, zwyrodnienia w słupach tylnych rdzenia, a także zanik komórek zwojowych przednich rogów i komórek słupów Clarke'go.

(Streścił mówca).

W dyskusji Higier uważa dany przypadek za niezupełnie jasny ze względu na początek niezwykły (porażenie zupełne kilkomiesięczne), nawrot po szeregu lat, umiejscowienie niezupełnie typowe, brak czynnika dziedziczno-rodzinnego i t. d. Każdy z wspomnianych czynników może się zdarzeć w dystrofji typu Marie-Tooth, ale zespół takich wyjątków czyni rozpoznanie wątpliwem. W sprawie różniczkowego rozpoznania między wspomnianą przez prelegenta „myopatją" Déjérine-Sottas'a, Higier tej ostatniej postaci nie zalicza do myopatji, lecz ze względu na zaburzenia czuciowe, zgrubienie nerwów, oraz zanik nerwów wzrokowych uważa ją wbrew mniemaniu niemieckich autorów za „névrite interstitielle hypertrophiante familiale".

Flatau podnosi trudności rozpoznawcze przypadku. Przeciw zapaleniu rogów przednich rdzenia świadczą dawne zaburzenia ze strony źrenic, zaburzenia mowy, twarz jak maska, co często spotykamy w dystrofji. Powstrzymanie rozwoju choroby i brak czynnika rodzinnego w wywiadach nie przeczy rozpoznaniu, co potwierdzają sekcyjne przypadki Westphal'a.

II. BYCHOWSKI przedstawił 18-letniego chłopca dotkniętego chorobą tików (Maladie des tics). Pochodzi on z rodziny zdrowej i sam nigdy nie chorował. Skończył szkołę miejską i był zawsze grzeczny i pilny. Przeszło rok temu znajdował się na statku podczas burzy morskiej. „Rzucało go na statku". Wkrótce potem na twarzy wystąpiły rozmaite „grymasy", a po pewnym czasie i mimowolne ruchy w prawem ręku. Pierwszy pobyt w szpitalu przyniósł podobno znaczną

ulgę, która nie długo trwała. Następny zaś pobyt w szpitalu był zupełnie bezskuteczny. Owszem, oprócz ruchów w twarzy i pr. ręku chory zaczął jeszcze często wykrzykiwać „holla“ i „pardon“. B. poraz pierwszy widział chorego przed 2-ma mies. W twarzy występowały co minutę i częściej kurcze tężcowe bądź to w mięśniach dolnego prawego n. twarzowego, bądź to całego nerwu, rzadziej lewego n. twarzowego albo jednocześnie obydwóch nerwów twarzowych, niekiedy z wysuwaniem języka. Na twarzy czasami wtedy rysuje się wyraz pogardy lub chęci drażnienia kogoś. Niezależnie od tych ruchów chory często (1—2 min.) wykonywa żywe ruchy wyłącznie prawie tylko prawą górną kończyną. Wyrzuca rękę naprzód z zaciśniętą pięścią albo szybko zgina ją w łokciu. Możnaby te ruchy porównać z ruchami obrony lub groźby. Podczas rozmowy często wykrzykiwał „holla“, „pardon“. Ze strony psychiki, czucia, odruchów i ruchów dowolnych żadnych zaburzeń nie było. Podczas wykonywania figur gimnastycznych górnemi kończynami, również podczas pisania ruchów prawie wcale nie było. Głośne czytanie lub liczenie nie zostawało prawie przerywane mimowolnymi wykrzykami. Przy leczeniu suggestyjnem ambulatoryjnem nastąpiła z początku wybitna poprawa co do ruchów w ręku. Ale poprawa ta nie była długotrwała. Owszem repertuar jego mimowolnych słów powiększył się jeszcze o szereg wyrazów sprośnych. Obecny stan chorego nie różni się od wyżej opisanego. Chory jest zupełnie świadom całej niewłaściwości swego zachowania się, bywa przez to często narażany na rozmaite przykrości i zatargi na ulicy, w tramwaju i t. p., tembardziej, że przy obcych ruchy się wzmagają i wyrazy stają się częstszymi. Tylko przy odwróceniu własnej uwagi, a właściwie mówiąc, przy nadawaniu uwadze pewnego określonego kierunku (gimnastyka, głośne czytanie i t. p.) występuje wyraźna zmiana ku lepszemu. Obraz kliniczny jest taki dobitny, że B. uważa wszelkie bliższe umotywowanie swego rozpoznania za zbyteczne.

(Streścił mówca).

W dyskusji nad przypadkiem Bychowskiego Sterling uważa przypadek za jeden z najczystszych i najrzadszych przykładów t. zw. maladie des tics. Przeciwko histerji poza całym zespołem klinicznym przemawia i stan wybitnie obronny ruchów przymusowych, przy których wchodzą w grę te same konstelacje inerwacyjne, które utrwaliły się w samym momencie urazu psychicznego. Podkreśla długą przerwę pomiędzy tym urazem a wystąpieniem objawów tiku (kilka miesięcy). Podreśla kombinacje echolalji z koprolalją (echokoprolalje), którą wykazuje chory, a która dotychczas nie była opisywana.

T. Łapiński widzi w przypadku kol. Bychowskiego natrętne czyny: chory wbrew swej woli wymawia brzydkie słowa i wykonywa nieumotywowane ruchy, wogóle dopuszcza się czynów, przeciwnych zdrowemu rozsądkowi, uznaje ich całą nielogiczność. Przypadki podobne Wernicke zalicza do natrętnych psychoz. Uraz psychiczny w takich przypadkach odgrywa rolę pierwszorzędną.

Bornstein sądzi, że nie należy tego przypadku zaliczać do

psychoz, że jednak niewątpliwie istnieje tutaj psychiczny element natręctwa. Jest to wyjątkowy przypadek ze względu na całokształt objawów, odpowiadający temu, co opisywał Gille de la Tourette pod nazwą: „Maladie des tics convulsifs et impulsifs".

Przypadek ten nadaje się bezwarunkowo do leczenia metodą psychoanalityczną Freud'a.

Higier zwraca uwagę, że, o ile prelegent cofa rozpoznanie histerji, a uważa swój przypadek za maladie des tics Gilles de la Tourette'a, to zarówno ruchy mimowolne jak i koprolalię, czyli wymawianie sprośnych wyrazów, należy uważać za czynności natrętne w dziedzinie ruchu i myśli, czyli za tics convulsifs i impulsifs. Pod postacią epidemii psychicznej choroba ta znana jest w Ameryce pod nazwą jumping, a w Japonii—imubacca. W Syberii wschodniej przed kilkunastu laty psychjatrzy rossyjscy opisali to pod nazwą syberyjską: meriaczenie.

Jaroszyński zaznacza, że wyodrębnienie „maladie des tics convulsifs" Gille de la Tourette, jako odrębnej jednostki klinicznej nie można uważać za racjonalne, gdyż mamy tu do czynienia z uporczywymi i rozlanymi tikami, które należy uważać za wyraz nerwicy natręctwa. Tik jest ruchem natrętnym, jak „obsesion" jest myślą natrętną i oba te objawy cechują chorobę, zwaną psychastenią, która w „maladie des tics" ma specjalnie silny wyraz w dziedzinie ruchowej.

III. KOPCZYŃSKI ST. i JAROSZYŃSKI T. przedstawili dwa przypadki torticollis mentai.

Przypadek I. K. lat 43, urzędnik kolejowy, pochodzi z rodziny zdrowej. W dzieciństwie przechodził drgawki, zresztą żadnej innej choroby nie przechodził. Żonaty. Ma 6 zdrowych dzieci. W r. 1906 po silnych wstrząśnieniach moralnych zauważył, że niekiedy unosi mu się prawa łopadka do góry. W r. 1908 jeździł dużo koleją, narażał się na przeciągi. Wówczas zauważył, że głowa zaczyna mu się od czasu do czasu skręcać wprawo. Jednocześnie występują bóle w okolicy prawej łopatki. To kurczowe skręcanie głowy wprawo zaczęło mu coraz bardziej dokuczać, występując zwłaszcza podczas niepokoju, chodzenia, pisania; w nocy ustawało. Chory pomagał sobie, zlekka podtrzymując brodę palcami. W roku 1909 poddawał się różnym zabiegom leczniczym, różnym metodom elektryzacji, nawet przez pewien czas stosował metodę reedukacyjną, lecz bezskutecznie. Od paru tygodni czuje się lepiej, być może po okładach z fango, które stosuje na noc.

Przedmiotowo: osobnik dobrze zbudowany, dobrze odżywiany. Inteligentny, niesugestyjny. Narządy wewnętrzne zmian nie przedstawiają. Przy oględzinach widać, iż w spokoju głowa zlekka skręcona jest wprawo, podbródek uniesiony ku górze. Skoro chory poczyna iść, występuje rytmiczne skręcanie głowy wprawo, najpierw nagłe, zależne od kurczu drgawkowego lewego m. mostko-sutko-obojczykowego, potem stałe. Głowa dochodzi do maksymalnego skręcenia wprawo. Wówczas chory przemocą świadomie skręca głowę nalewo, naprężając mięśnie przeciwnicze lub też

zlekka dotykając palcem podbródka, lub, uciskając lewą dłonią lewą stronę szyi, usuwa ten kurcz. Wystarcza nawet, gdy ktoś obcy dotykał palcem jego podbródka, by skręcenie głowy ustępowało. Niepokój chorego potęguje te kurcze. Mięśnie barkowe wyraźnego udziału w tym skręcaniu głowy nie biorą. Przy obmacywaniu wyczuwa się, iż lewy mięsień mostko-sutko-obojczykowy jest kilkakroć grubszy od prawego, prawy mięsień gnykowojęzykowy napina się pod podbródkiem wyraźniej, niż lewy, włókna prawego m. szerokiego szyi zarysowują się dodatniej, niż lewego. Co się tyczy mięśni pasów barkowych, to lewy m. kapturowy wydaje się nieco grubszy, prawe mięśnie łopatkowe nieco bolesne przy ucisku. Zresztą czucie, odruchy, siła ruchowa zmian u chorego nie przedstawiają.

P r z y p a d e k II. Chora l. 39, pochodzi z rodziny mało obarczonej (ojciec pił). Bóle głowy od 15 r. życia, blednica. Przed rokiem zauważyła, że przy leżeniu w łóżku na prawym boku jakby głowa podnosiła się do góry, tak że z czasem zaczęła sobie przytrzymywać głowę z lewej strony ręką; po paru tygodniach głowa poczęła się wykręcać to w prawą, to w lewą stronę, przy leżeniu i chodzeniu. Po miesiącu natrętne ruchy głowy wzmogły się do tego stopnia, że przestała sypiać; pojawiły się nadto ruchy w ramieniu, twarzy, oczach. Od paru miesięcy poprawa.

Badanie przedmiotowe: P. 80. Narządy wewnętrzne bez zmian. Organicznych zmian w układzie nerwowym niema. Odruchy ścięgnowe żywe. Badanie ruchów głowy: ruchy mimowolne, o charakterze drgawkowo-tężcowym, mało rytmiczne; ruchy głową to naprzód, to na prawo, to skręcenie na prawo (broda w lewą stronę). Gdy chora wykonywa „gest przeciwdziałający—mian. przykłada lewą rękę do skroni", wówczas głowa porusza się w mniejszym stopniu, za to bierze udział ramię prawe: lekko unosi się ono do góry, to przywodzi lub rozgina. Przy oględzinach ruchów mięśniowych widzimy działanie m. mostko-obojczykowo-sutkowego prawego, łopatkowo-gnykowych, pochyłych, czworobocznego prawych, po części lewych. Gdy chora znajduje się w pozycji leżącej, z oparciem głowy o poręcz—wówczas ruchy wyraźnie słabną, podobnie prawie nikną, gdy lekarz kładzie obie ręce pod brodę i stanowczo utrzymuje, że ruchy głowy zaprzestaną. Przy odwróceniu uwagi — np. przy wyciągnięciu rąk przed siebie i rachowaniu 1, 3, 6, 9, 12 — ruchów prawie niema. Ruchy dowolne głową możliwe we wszystkich kierunkach. Powstrzymywanie siłą woli ruchów mało się udaje — najlepiej to się udaje przy ruchach przeciwniczych (przyciskanie ręki do lewej skroni, zakładanie rąk za tył głowy).

Utrzymywanie głowy w pewnej pozycji ruchu dowolnego możliwe; najłatwiej może utrzymać głowę przy pochylaniu naprzód oraz przy przechylaniu w prawą i lewą stronę; przy skręcaniu w prawo i w lewo utrzymać może głowę tylko w ciągu kilku sekund; przechylania w tył nie może utrzymać — nawet w ciągu sekundy. Zaników, ani przerostów mięśni szyjowych stwierdzić nie można.

W obu przypadkach mamy do czynienia z k u r c z e m m i ę ś n i s z y j o w y c h, t. zw. t o r t i c o l l i s; nasuwa się tylko kwestja, czy jest to sprawa natury organicznej, analogiczna do s p a z m u francuskich auto-

rów, czy też natury czynnościowej, analogiczna do tików. Brissaud, Meige oraz Feindel ustalili cały szereg cech rozpoznawczych pomiędzy obydwoma cierpieniami: w kurczu właściwym („spasme") mamy do czynienia z podrażnieniem pewnej gałązki nerwu ruchowego, względnie jego jąder lub też podrażnieniem części czuciowej łuku odruchowego (Brissaud — np. hemispasmus facialis post conjunctivitidem); dlatego też drgania zachodzą ściśle w granicach unerwionych przez jeden nerw, zwykle są jednostronne, mają charakter włókienkowy (contractions fasciculaires); drgania te wysiłkiem woli nie mogą być powstrzymane i zwykle trwają we śnie; sam charakter kurczu jest nieraz paradoksalny („synergie paradoxale" Babińskiego) np. m. szeroki szyi się kurczy, a jednocześnie warga unosi się do góry, albo kurczy się m. okrężny oka, a skóra na brwi jednocześnie idzie do góry; przeciwnie, tik ma charakter psychiczny, bierze w nim bowiem udział zazwyczaj kilka mięśni, skojarzonych zwykle w akcie woli, który ulega w tiku skarykaturowaniu; charakter kurczu jest przewaznie błyskawiczny; powstaje on wskutek powtarzania pewnej czynności od przyzwyczajenia (np. mruganie, wzruszanie ramionami), albo też na skutek chęci wyzwolenia się ze stanu niepokoju (ruchy szyją—przy wysokim kołnierzyku, ruchy rękoma—przy niewygodnych rękawach, tik na twarzy podczas zapalenia łącznicy oka). Tiki mają charakter „asymétrie fonctionelle", t. j. nie trzymają się obrębu jednego nerwu, przeciwnie, często przechodzą z jednych mięśni na drugie, unerwione przez inne nerwy. Wysiłkiem woli tik udaje się powstrzymać; we śnie tiki giną; wogóle zależność od wzruszeń i odpoczynku jest widoczna. Charakterystycznem jest, że tik znika przy „ruchach przeciwniczych" (geste antagoniste), które pod względem mechanicznym nie przedstawiają wystarczającej siły odpornej (np. lekkie dotknięcie palcem do brody wystarcza do zatrzymania ruchu kręcenia głową, wykonywanego przez szereg mięśni szyjowych). Charakterystyczne jest również znikanie tych ruchów przy odwróceniu uwagi (np. liczenie, zajęcie innych mięśni pracą),—pod tym względem istnieje tu analogja do jąkania się (niektórzy pozbywają się jąkania na czas krótki, gdy np. ściskają pięści lub gdy w kieszeni uciskają palcem na nogę etc.) oraz do niektórych lęków (np. nieraz cierpiący na obawę przestrzeni nie może przejść przez pokój bez pomocy, a gdy trzyma krzesło w ręku, wówczas, zajmując uwagę swoją tą pracą, obawy nie doznaje). Słowem, tiki należą do dziedziny t. zw. ruchów natrętnych, stanowiąc jeden z objawów nerwicy, zwanej psychastenją; mylnie przez niektórych zaliczano je do histerji: tiki nie podlegają wpływowi suggestji prawie wcale; ruchy rytmiczne w histerji—np. pląsawica rytmiczna zwykle są symbolem pewnej czynności — np. szycia nogą na maszynie, i wówczas przy odwróceniu uwagi nie znikają, a przeciwnie, potęgują się, jak wogóle wszelkie ruchy o charakterze automatycznym.

W danych dwóch przypadkach, a w szczególności w pierwszym, mamy do czynienia z „torticolis mental", t. j. z tikiem mięśni szyjowych; widzimy tu wszystkie cechy charakterystyczne dla ruchów mięśniowych o charakterze czynnościowym: możność powstrzymania wysiłkiem woli, wpływ odwrócenia uwagi, znikanie we śnie, wyraźny wpływ gestu przeciwniczego, wzmaganie się pod wpływem wzruszenia, brak umiejscowienia

ruchów w obrębie jednej grupy mięśniowej. W drugim przypadku jednak widzimy pewne cechy, właściwe kurczom organicznym: kurcze mięśniowe na szyi są włókienkowe lub pęczkowe,—nieraz widać jak się kurczą odrazu różne mięśnie, należące do różnych grup (np. pochyłe, łopatkowognykowe, mostkoobojczykosutkowe), tak że o odtworzeniu tych złożonych kurczów mięśniowych przez akt woli nie może być mowy. Ta okoliczność zresztą nie przeczy faktom dawniej spostrzeganym: Meige utrzymuje, że „torticollis" nie jest ani czystym tikiem ani czystym kurczem, lecz czemś pośredniem; Babiński w kilku przypadkach „torticollis mental" spostrzegał objawy organiczne układu nerwowego—np. wzmożenie jednostronne odruchów, odruch Babińskiego i dlatego zaleca leczenie tego objawu drogą chirurgiczną, mian. wycięcia kawałka n. dodatkowego, nie zaś drogą zmudnej reedukacji psychicznej, zalecanej przez Brissaud-Meige. Drugi z przedstawionych przyp. będzie poddany tej reedukacji, a w razie wyniku ujemnego, będzie próbowany zabieg operacyjny (wyciecie odcinka n. XI, idącego do mięśnia mostko-obojczyko.-sutkowego).

(Streścił mówca).

S t e r l i n g nie sądzi, ażeby każdy przypadek t o r t i c o l l i s można było zaliczyć do grupy tików, niektóre przypadki niewątpliwie należą do histerji. Wydzielenie przez B r i s s a u d'a grupy t. zw. t o r t i c o l l i s m e n t a l uważa za nieporozumienie kliniczne, gdyż, pomijając zgruba mechanicznie uwarunkowane przypadki (wskutek zajęcia szyjowej części kręgosłupa, porażenia jednego m. mostko-obojczykowo-sutkowego), każdy t o r t i c o l l i s jest m e n t a l, t. j. pochodzenia psychogennego. Różniczkowanie tików od t. zw. kurczów jest zestawieniem wartości klinicznych zgoła niewymiernych, gdyż tik stanowi zespół kliniczny o zupełnie określonej postaci, zaś kurcz jest to tylko poszczególny objaw (rozmaicie przytem pojmowany), mogący zdarzać się w najrozmaitszych sprawach bądź to natury organicznej, bądź czynnościowej. Nie zgadza się ze zdaniem mówców, jakoby kurcz zawsze był wyrazem sprawy organicznej: sam spostrzegał przypadki kurczu twarzy połowiczego natury czysto czynnościowej (przypadków takich w piśmiennictwie znajdujemy cały szereg), również dobrze znane są przypadki kurczów czynnościowych w innych dziedzinach mięśniowych (kurcz odźwiernika, przełyku, kurcze mięśni bolesne).

G a j k i e w i c z opowiada o dwóch przypadkach własnych t o r t i c o l l i s, które leczono na drodze operacyjnej (wycięcie n. dodatkowego Willisii). W jednym z nich wystąpił nawrót, w drugim stwierdzono poprawę.

F l a t a u podnosi, iż przypadki podobne są częste i ciężkie. Odróżnianie tików od kurczów to sprawa nietylko literacka, lecz i praktycznego znaczenia. Często np. porażenie nerwu twarzowego przechodzi w kurcz organiczny tego nerwu. Neurastenicy często miewają różne sensacje w różnych częściach ciała, w skórze i w mięśniach, tak iż kurcz sprawia im ulgę. Zwłaszcza dotyczy to osób, skłonnych do tików. F. zaleca więc leczenie miejscowe (okłady ciepłe np. z fango), ogólne tonizujące i psychiczne.

Kopczyński, wbrew twierdzeniom Sterlinga, dowodzi, że nerwice ruchowe często nie mają nic wspólnego z histerją.

Jaroszyński wbrew Sterlingowi nie przypuszcza, by typowe kurcze (spazmy) mogły być pochodzenia czynnościowego. Potwierdza to kilka klasycznych prac Babińskiego, w szczególności „Hemispasme facial periphérique" (Societé de Neurologie de Paris, 6 avr. 1905), w których przytacza on szereg cech różniczkowych dla kurczu połowiczego twarzy; jeden z tych przypadków był sekcyjny i znaleziono zajęcie jądra n. twarzowego. Zaliczanie typowych przypadków torticollis do histerji nie jest racjonalne, gdyż psychiczna geneza tych spraw jest zupełnie inna, leczenie zaś trudne; podatność na działanie suggestji jest minimalna.

IV. ROTSTADT przedstawił dziewczynkę z częściowym porażeniem zewnętrznych mięśni oczu (Ophtalmoplegia externa partialis) i lewego nerwu twarzowego pochodzenia urazowego.

Chorą uderzono porcelanową główką lalki; uderzenie nie wywołało zewnętrznych śladów urazu. Dziewczynka nie straciła przytomności, nie miała krwawienia z ucha lub z nosa. Bezpośrednio po urazie bóle głowy; ku wieczorowi kilkakrotnie wymioty. Po nocy, z silnym bólem głowy, spostrzeżono porażenie lew. nerwu twarzowego, upośledzone ruchy boczne oczu; wystąpiło dwojenie się w oczach. Badanie na oddziale dr. Flataua wykazało: 1) bezwład lew. nerw. twarzowego, 2) brak zupełny skojarzonego ruchu bocznego oczu wlewo (paralysis m. rect. inter. dextr. i m. rect. extr. sin.) oraz 3) niedowład bocznego ruchu skojarzonego gałek wprawo (paralysis m. rect. intern. sin. et paresis m. rect. extr. dextr.). Przy ruchach ku górze i nadół drgania gałek. Ruchy zbieżne; wszelkie inne oraz zdolność przystosowania zachowane. Częściowy odczyn zwyrodnienia w lewym m. unoszącym bródkę. Odczyn z rogówki i spojówki, czucie na głowie i twarzy normalne. Kończyny górne i dolne zdrowe. W moczu nic patologicznego. Płyn mózgowo-rdzeniowy normalny, bez domieszki krwi lub śladów rozpadu z krwawienia. Ciepłota ciała w granicach normy; tętno dobre. W przebiegu dalszym stopniowa i zupełna poprawa sprawności bocznych ruchów gałek ku wewnętrznemu kątowi szpar ocznych. Z zespołu początkowych objawów klinicznych pozostały: 1) bezwład lewego nerwu odwodzącego i twarzowego, 2) widzenie zdwojone w całem polu, znikające, gdy zbliżać przedmioty na odległość 15 ctm. Dno oka normalne. Przed powstaniem nagłym wyżej wskazanego zespołu porażeń dziewczynka była zupełnie zdrowa, musimy więc wiązać nagłe zjawienie się jej obecnego cierpienia z urazem. Ten był jednak niezbyt silny, nie zaznaczył się zupełnie zewnętrznymi śladami, wywołał raczej wstrząśnienie mózgu, które wzmogło się, być może, naskutek odruchowego nagłego ruchu obronnego głową. Uraz taki nie mógł był spowodować krwawienia lub jakiego uszkodzenia u podstawy mózgu względnie czaszki, brakło bowiem, z jednej strony, cięższych i trwałych objawów ogólnych mózgowych, a z drugiej, śladów krwawienia w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pozatem trudno byłoby wytłomaczyć urazowe uszkodzenie u podstawy, które, powodując bezwład lew. nerwu odwodzącego i twarzowego i częściowe nerwu okorucho-

wego (m. m. recti interni) ominęło zupełnie nerw trójdzielny. Przypuszczeniu takiemu przeczyłoby wreszcie porażenie z całych pni nerwów okoruchowych jedynie pęczków, skierowanych do mięśni prostych wewnętrznych.

Przeciw umiejscowieniu sprawy patologicznej w moście, w miejscach przejścia włókien nerw. odwodzącego i twarzowego, poniżej ich ośrodków, ku podstawie, przemawia brak jakichkolwiek połowiczych objawów porażenia lub niedowładu, jak to ma miejsce w t. zw. porażeniu połowiczem naprzemiennem. O sprawie jedynie ponadjądrowej trudno mówić wobec częściowego odczynu zwyrodnienia w m. unoszącym bródkę. Tak więc najprawdopodobniejsze będzie przypuszczenie, że uraz — wstrząśnienie spowodował był wybroczyny do ośrodka lew. nerwu twarzowego i ośrodków nerwów odwodzących, porażając częściowo w tej samej płaszczyźnie poprzecznej i na tym samym poziomie pęczek podłużny tylny. Takie umiejscowienie sprawy anatomo-patologicznej łatwo tłomaczy wyodrębnione porażenie sprawności obu mięśni prostych wewnętrznych jedynie przy skojarzonych ruchach bocznych, gdy uprzytomnimy sobie, jaką rolę dla ruchów tych odgrywają włókna, przebiegające w pęczku podłużnym tylnym i łączące ośrodki nerwów odwodzących z temi ośrodkami nerwów okoruchowych, które dają włókna dla mięśni prostych wewnętrznych.

(Streścił mówca).

W dyskusji G a j k i e w i c z podnosi niewłaściwość nazwy „oftalmoplegji", bo i nerw twarzowy bierze w porażeniu udział.

F l a t a u zaznacza, iż wobec ograniczonego miejsca uszkodzenia mózgu tylko wskazane przez prelegenta miejsce należy przyjąć za umiejscowienie cierpienia, tam bowiem pęczek podłużny tylny oddaje włókna kojarzeniowe.

H i g i e r zwraca uwagę na stronę sądowo-lekarską takich, w kilka dni po uderzeniu powstałych, porażeń ocznych ze stałemi zaburzeniami, zmniejszającemi zdolność do pracy. Sam spostrzegał po uderzeniu raz hemianopsję, raz porażenie n. odwodzącego, a przed rokiem przedstawione w sekcji nieuleczalne porażenie n. bloczkowego.

V. KOELICHEN i STERLING przedstawili przypadek s t w a r d n i e n i a w i e l o o g n i s k o w e g o z n i e z w y k ł e m i z a b u r z e n i a m i m o w y.

Chory 42-letni przed 6 laty zauważył rozpoczynające się osłabienie kończyn dolnych oraz utrudnienie mowy bez jakichkolwiek zaburzeń natury afatycznej. Osłabienie nóg i utrudnienie mowy stopniowo, lecz nieustannie, zwiększały się bez wahań i zwolnień. Obecnie prócz osłabienia nóg w odcinkach obwodowych wystąpiła pewna sztywność, znaczne utrudnienie chodzenia, mowa zaś stała się tak niewyraźna, że otoczenie z trudnością może chorego zrozumieć. Bólów, zawrotów głowy, drgawek, utraty przytomności, zaburzeń w oddawaniu moczu, połykaniu, żuciu nigdy nie miał. Żonaty od 14 lat, 4 zdrowych dzieci, żona nie roniła; nie pił, nie palił, przymiotu nie przechodził. Przedtem nigdy nie chorował. Brak danych dziedziczno neuropatycznych.

Przedmiotowo brak zmian w narządach wewnętrznych. Odruch źrenicy na światło i zbieżność zachowany; ruchy gałek ku górze i ku dołowi zachowane; przy ruchach ocznych obie gałki nie dochodzą na jakieś 2—3 mm. do kąta szpary ocznej. Przy ruchach nalewo występuje w lewej gałce nieznaczne drżenie w płaszczyźnie poziomej. Prawa szpara oczna nieco mniejsza od lewej. Prawa fałda nosowargowa w spokoju jest nieco wygładzona. Podczas ruchów wyraźnej asymetrji nie widać. Brak zaników mięśni twarzy, warg, języka. Ruchy mimiczne twarzy zachowane. Gwizdanie niemożliwe. Wzrok, słuch, smak, węch — zachowane. Czucie na twarzy bez zmian. Odruch z rogówki i z łącznicy obustronnie jednakowo żywy. Podniebienie miękkie przy fonacji prawej zupełnie się nie porusza. Odruch gardzielowy zupełnie zniesiony. Żucie, połykanie pokarmów twardych i płynnych normalne. Brak objawów myastenicznych. Mowa bardzo niewyraźna, monotonna, nieco skandowana, wybuchowa, głos ma charakter zlekka ochrypły, przydźwięk nosowy. Podczas mówienia widać znaczny wysiłek, naprężenie się mięśni szyi, twarzy, tułowia, unoszenie ramion itd. wogóle chory mówi tak, jak człowiek, który się dusi, im dłuższy wyraz, tem wybitniej występuje utrudnienie mowy. Brak zmian wziernikowych w krtani. W ośrodkowych odcinkach kończyn górnych ruchy dowolne i siła mięśniowa normalne. Ruchy nawracające i odwracające przedramion wykonywa dość powolnie. Ruchy palcami dłoni są powolne i niezręczne. Przy próbie palconosowej występuje obustronnie nieznaczne drżenie o charakterze bezwładowym, z prawej strony silniejsze. Odruchy z mięśni trójgłowego i okostnowe z promienia żywe. W kończynach dolnych stwierdzić można bardzo nieznaczne osłabienie siły mięśniowej, głównie w obrębie stawów biodrowych. Odruchy kolanowe oba żywe, z ścięgien Achillesa bardzo żywe (z odcieniem drgawkowym). Wyraźny objaw Babińskiego obustronnie. Mięśniowe słabe, brzuszne obustronnie zniesione. Brak wzmożenia napięcia mięśniowego w kończynach. Stopy sine i zimne. Pewne zniekształcenie stopy. Czucie dotyku, bólu i temperatury na tułowiu i kończynach zachowane, przy przejściu od dotyku do ukłucia często odczuwane następcze. Czucie stereognostyczne bez zmian. Bardzo nieznaczne zaburzenia czucia mięśniowego w palcach nóg. Wybitny bezład przy próbie piętokolanowej, z prawej strony znacznie silniejszy. Objaw Romberga w słabym stopniu. Chód niedowładowy, drżący, niezręczny, zlekka chwiejący się: zaznaczono t. zw. chód posągu z odcieniem sprężynowatym i ze zbytecznem przechylaniem kolan w tył. Brak objawów asynergji podczas chodzenia. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Próba Wassermanna we krwi wypadła ujemnie, w płynie mózgowo-rdzeniowym dokonana dwa razy—wypadła za pierwszym razem dodatnio, za drugim ujemnie.

Mówcy rozpoznają w przypadku niniejszym rzadką postać stwardnienia wieloogniskowego o charakterze opuszkowym z niezwykłemi zaburzeniami mowy o typie opuszkowo-zamiarowym. Przeciwko wykrywanej przez Cattol'ę i Bechterewa postaci stwardnienia wieloogniskowego na tle przymiotu przemawia pomimo jednokrotnego dodatniego wyniku próby Wassermanna w płynie mózgowo-rdzenio-

wym—brak danych w wywiadach, bezskuteczność leczenia swoistego, brak wahań w przebiegu oraz brak limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym. Na specjalną uwagę w przypadku niniejszym zasługuje bezład, który niema tu cech móżdżkowych, lecz wyraźnie rdzeniowe, przypominające bezład wiądowy, wobec czego należy przypuścić obecność blaszek stwardnienia również i w tylnych słupach rdzenia. Kombinacja zaburzeń opuszkowych w połączeniu z objawami bezładu w kończynach przy bardzo słabo zaznaczonych objawach porażeniowych składa się na bardzo rzadki typ kliniczny stwardnienia wieloogniskowego, którego jeden przypadek przedstawiany był przez S t e r l i n g a na jednem z zeszłorocznych posiedzeń sekcji neurologicznej.

(Spraw. własne).

W dyskusji K o p c z y ń s k i zaznacza, iż zaburzenia mowy w stwardnieniu wieloogniskowem mogą być różnorodne, zależne od umiejscowienia ognisk. Przy znacznej liczbie blaszek w korze mózgowej, mowa może nosić charakter dyzartryczny, przypominający mowę dotkniętych porażeniem postępującem.

H i g i e r przypomina, że w przedstawionym przezeń przed rokiem przypadku wyleczonego zapalenia mózgu korowego zaburzenie mowy było zupełnie identyczne, acz z odcieniem wybuchowości i mowy zwolnionej. Ciekawem jest, że prof. B o n h ö f f e r z Wrocławia u chorego z taką mową skonstatował cierpienie półkuli móżdżkowej z następczym zanikiem ramienia łączącego (b r a h i i c o n j u n c t i v i) tejże strony. Nie bez słuszności podkreśla on regulacyjny wpływ móżdżku na szybkość w kolejności podniet nerwowych. Tenże wpływ móżdżek posiada prawdopodobnie na ruchy artykulacyjno-fonacyjne. Ciekawem jest uzupełnienie przedmówcy, że chód był bezładny u chorego i a d i a d o k o k i n e z a występowała—coby również przemawiało za pierwotnem cierpieniem móżdżku lub ogniska stwardnienia w tymże.

F l a t a u nie wyłącza udziału móżdżku, lecz całego obrazu cierpienie móżdżku by nie dało (obustronny objaw Babińskiego, brak odruchów brzusznych).

S t e r l i n g w odpowiedzi H i g i e r o w i nie zgadza się, ażeby można było zaburzenia mowy w niniejszym przypadku łączyć ze zmianami w móżdżku: wywody B o n h o e f f e r'a, jak i jego przypadek, nie są pod tym względem przekonywające. W przypadkach A n g l a d'y t. zw. starczego stwardnienia móżdżkowego, w których zajęty był cały móżdżek, nigdzie nie notowano analogicznych ani wogóle jakichkolwiek zaburzeń mowy. W tak rozlanej sprawie, jaką jest stwardnienie wieloogniskowe, niepodobna jest wyłączyć umiejscowienia ognisk również i w móżdżku, zaznaczyć jednak trzeba, że klinicznie niema żadnych objawów, wskazujących z pewnością na to umiejscowienie, brak jakichkolwiek objawów asynergji, zaś bezład nosi wyraźne cechy zajęcia słupów tylnych.

VI. ST. PECHKRANC przedstawił a) p r z y p a d e k n a b y t e g o, p o s t ę p u j ą c e g o p r z e r o s t u k o ś c i i m i ę k k i c h c z ę ś c i z p r z e w a g ą p o s t r o n i e l e w e j.

J. S., lat 18 mający, dotknięty jest gruzlicą płuc, gruczołów około-

oskrzelowych (rentgenogram) i gruczołów chłonnych jamy brzusznej od kilku lat. Biegunka, do 5—6 i więcej razy dziennie, trwa już od 5-6 lat. W dzieciństwie był zupełnie zdrów. Ani on sam, ani matka nie zauważyli nigdy żadnego zniekształcenia lub zgrubienia ani na kończynach, ani w innej okolicy ciała. Biegał, bawił się na równi z innemi dziećmi, nie uczuwając ani zmęczenia, ani bólu w nogach. Tak trwało do 14 roku życia, gdy chory zaczął doznawać bólu w nogach (w okolicy kostek i kolan) przy chodzeniu, przyczem zauważył, że nogi (golenie) zaczynają się powiększać w objętości. Zauważyła to także matka chorego. Zmiany te rozwijały się stale, tak że chory miał dużo kłopotów z obuwiem, które uwierało go w kostkach i po krótkim czasie w tem miejscu pękało. Żadnych spraw zapalnych na kończynach dolnych, róży, owrzodzeń, obrzęków chory nigdy nie miał.

Badanie przedmiotowe wykazało zgrubienie kości (trzonów i nasad) na goleniach i udach z powiększeniem objętości części miękkich przeważnie po stronie lewej. Przekonywają o tem także liczne pomiary, jak również porównywanie grubości kości na wielu zdjętych z rozmaitych okolic ciała rentgenogramach (kliszach) z grubością kości (na kliszach) osób dorosłych z dobrze rozwiniętym kośćcem. Zdjęcia rengenograficzne pozwalają także ustalić zupełnie normalną budowę kości w istocie gąbczastej i zbitej, zarówno na trzonach, jako też na nasadach. Obie stopy są także powiększone w objętości. Lewa kończyna dolna jest nietylko grubsza od prawej, lecz także dłuższa—prawie o 3 ctm. Zgrubienie kości znajdujemy także na miednicy, szczęce dolnej. Obydwa łuki licowe są znacznie wydłużone, również więcej na lewej stronie (rentgenografja). Twarz asymetryczna: lewa połowa większa od prawej. Ciepłota i pocenie się silniej wyrażone z lewej strony.

Po wyłączeniu wszystkich znanych obecnie cierpień dystroficznych kości autor uważa, że obecny przypadek przedstawia najwięcej podobieństwa do nabytego przerostu połowy ciała, albo oddzielnych części po jednej stronie ciała. Takich przypadków znajdujemy w piśmiennictwie zaledwie parę. Na podstawie przytoczonych w tych przypadkach czynników etjologicznych możnaby przypuścić, że przerost oddzielnych okolic lub całej połowy ciała jest pochodzenia ośrodkowego, przyczem zaburzenia w ośrodkach nerwowych, zawiadujących odżywianiem, wywołane zostały prawdopodobnie przez zatrucie lub zakażenie. Obecny przypadek różni się od opisanych dotychczas tem, że przerost nie ograniczył się do jednej połowy ciała, lecz zajął obie strony—z wyraźną przewagą po jednej (lewej) stronie.

b) Przypadek białaczki myeloblastowej z obustronną tarczą zastoinową.

Chory, lat 24 mający, od kilku miesięcy cierpi na ogólne osłabienie i objawy gośćca wielostawowego z rozległymi zanikami mięśni oraz przykurczeniem mięśni w okolicy prawego stawu łokciowego. Na skórze twarzy, tułowia i kończyn liczne drobne guziki, niektóre z sinawem zabarwieniem, a prócz nich na prawym policzku duży, twardy guz, pokryty czar-

nym strupem. Gruczoły chłonne powiększone, również śledziona i wątroba. Przy badaniu krwi znaleziono około 2 mil. czerwonych krążków, 400,000 leukocytów. Między leukocytami przeważają myeloblasty, których jest około 60%, prócz tego postaci przejściowe między myeloblastami i myelocytami, około 8% myelocytów, około 19% wielojądrowych neutrofilowych komórek, b. mało limfocytów, eozynofilów i bazofilowych komórek. Nadto spotykamy normoblasty i megaloblasty. Rozpoznano białaczkę myeloblastową, mającą przebieg podostry, gorączkowy. Istnieje przytem podejrzenie mięsaka zielonawego (chloroma). W płucach nieznaczne zmiany w szczytach. Mocz białka nie zawiera. Przy badaniu dna oczu stwierdzono silnie wyrażoną tarczę zastoinową z obu stron, wybroczyny krwawe zwłaszcza w okolicy plamki żółtej. Pozatem chory nie ma żadnych objawów mózgowych: przytomność zachowana, siła widzenia nieco osłabiona, pole widzenia nieco ograniczone, nieczęste bóle głowy umiarkowanego natężenia, brak wymiotów. Należy przypuszczać t. zw. przerzut białaczkowy, t. j. nacieczenie leukemiczne, usadowione w oponie twardej lub okostnie na podstawie czaszki w blizkości skrzyżowania nerwów wzrokowych.

(Streścił mówca).

B y c h o w s k i przez dłuższy czas miał na swym oddziale 20 letniego chłopca podobnego do przedstawionego chorego; prawa noga i stopa jego były przynajmniej 1½ — 2 razy grubsze niż lewa, też nieco powiększona. Skóra prawej nogi była cała usiana ogromnemi ograniczonemi rozszerzeniami żył z dużymi (jak kurze jajko) kamieniami żylnymi. Rentgenizacja wykazała, oprócz powiększenia miękkich części, wyraźne zgrubienie kości (na pr. nodze). Chory ten cierpiał jeszcze na gruźlicę płuc i częste napady padaczki swoistej.

H i g i e r uważa różnice między jedną a drugą nogą w wydzielaniu potu, ciepłocie, ciśnieniu krwi i rozszerzeniu naczyń za zależne nie od jakichś swoistych zmian odżywczych, lecz za skutek przerostu wszystkich tkanek tejże strony, nie wyłączając naczyń, gruczołów potowych etc. Tak też było w przypadku przerostu połowiczego H i g i e r a, którego fotografię przed rokiem w szeregu przerostów akromegalicznych pokazywał.

VII. H. HIGIER przedstawił: 1) P r z y p a d e k o b ł ę d u m o r a l n e g o p o o s t r e j c h o r o b i e z a k a ź n e j.

Dziewczyna lat 9-u, w 5-m roku życia przechodziła ciężką płonicę z powikłaniem (o t i t i s, n e p h r i t i s). Choroba ta zakończyła się bardzo poważnymi objawami psychicznymi (d e l i r i u m a c u t u m), które przeciągały się kilka tygodni. Po chorobie, która nie zostawiła żadnych widocznych śladów cierpienia organicznego, zmieniło się bardzo wybitnie usposobienie i zachowanie dziecka. Pacjentka, z rodziny zdrowej, psycho- i neuropatycznie nie usposobionej, alkoholizmem i bliskiem pokrewieństwem rodziców niedotkniętej, wykazuje poważne braki charakteru, których do choroby nie posiadała. Dziewczyna, przed chorobą bardzo do rodziców przywiązana, stała się kapryśną, złą, nieposłuszną, kłótliwą, płacz-

liwą. Nie daje się ująć ani dobrocią, łagodnością i pieszczotą, ani wymyślaniem i biciem. Dzika, skryta, kłamliwa, podstępnie wyrafinowana i brutalna, stała się w swych czynach niepohamowaną, bezwzględną, samolubną i ambitną. Rodziców i blizkich sąsiadów przeklina, bije i męczy, nie wykazując im ani należnego szacunku, ani zwykłego współczucia. W szkole była plagą powszechną, uciekały przed nią współtowarzyszki, unikały jej nauczycielki, ledwie nauczyła się abecadła i początków sylabizowania. Ostatnio po kilkotygodniowem niewidzeniu się z matką, obłożnie chorą w szpitalu, córka jedynaczka przywitała ją dość czule, atoli w pół godziny później już ją traktowała po dawnemu, przezywając ladacznicą i złodziejką oraz żałując, że nie zmarła w szpitalu. Pozatem jest jak na swój wiek dość inteligentna, rozumna, czysta, gospodarna. Znamion zwyrodnienia chora nie przedstawia. Drgawek nigdy nie było. Od czasu do czasu zamroczenia (a b s e n c e), przyczem staje nieruchoma, wytrzeszczając oczy.

W ciągu 3-ch ostatnich lat obserwacji lekarskiej stan psychiczny chorej nie zmienił się w niczem.

H i g i e r, w zastosowaniu do danego przypadku m o r a l i n s a n i t y, rozbiera jednostronny pogląd na tę sprawę włoskiej szkoły kryminalistyki antropologicznej z jej zbrodniarzem urodzonym (d e l i q u e n t e n a t o). Nie tylko dziedziczne i wrodzone wady rozwojowe (urodzony przestępca), nie tylko otoczenie i wychowanie (zawodowy i przypadkowy przestępca) tworzą obłęd moralny, lecz, jak w danym przypadku, również i ciężkie choroby zakaźne, przebiegające z objawami mózgowymi, są w stanie (jako przyczyna zewnątrzpochodna) wywołać swoisty stan mózgu, który cechuje to cierpienie. Z wywiadów, w ostatnim roku zebranych, zasługują na wzmiankę: 1) że środowisko, otaczające chorą, było i jest pod względem etyczno-moralnym bez zarzutu, 2) że stan choroby przez szereg lat nie poprawia się, a raczej pogarsza i 3) że przyłączyły się w ostatnich latach chwile przemijającego zamroczenia świadomości (a b s e n c e s). Uważać atoli całą sprawę za zależną od ukrytej padaczki niema poważnych danych. W e s t p h a l i M e n d e l uważają padaczkę i p e t i t m a l za bardzo częsty objaw, towarzyszący obłędowi moralnemu. Pojedyńcze wyniki pomyślne zabiegów operacyjnych (c r a n i e c t o m i a), opisane w tem cierpieniu, dotyczą być może przypadków — w rodzaju niniejszego t. j. ostro powstałych i przedstawiających prawdopodobnie zrosty opon z korą mózgową.

H i g i e r zamierza wykonać kraniektomię, o ile pobyt dłuższy w zakładzie poprawczym nie da wyników pomyślnych.

2) P r z y p a d e k r o d z i n n e j p o s t a c i o b ł ę d u m o r a l n e g o.

Chłopiec lat 14-tu przechodził w dzieciństwie krzywicę bez drgawek. Pochodzi z rodziny psychopatycznie ze strony matki upośledzonej. Od 10-go roku życia rodzina i bliższe otoczenie uważają chłopca za chorego. Ani w chederze ani też w szkółce ludowej nie chciał uważać podczas lekcji i uczyć się. Ledwie się nauczył czytania hebrajskiego i sylabizowania polskiego. Inteligencja na ogół nie mniejsza od przeciętnej. Nie szanuje

starszych, nie poważa rodziców, tyranizuje starsze siostry, maltretuje rówieśników. Nie dba o czystość, o wygląd zewnętrzny, chodzi też obdarty, obszarpany, brudny. Uparty, żarłoczny, bezwstydny, niszczycielski, złośliwy. W szkole kradł książki, u majstra kradł pieniądze, sprzedawał pierścionek, własne buty i kapotę za bezcen. Bije i przeklina rodziców, nieraz groził matce nożem i siekierą. Raz w złości chciał się rzucić z piętra na bruk.

Terminatorem był u 4-ch pudełkarzy, kilku zegarmistrzów i w składach mebli. Nigdzie się nie trzymał dłużej, uciekał, zostawiając należność za czas przesłużony. Kilkakrotnie już miewał zatargi z policją (raz z powodu sprzeczki gwałtownej z matką). Kłamie bez celu, przysięgając się przytem na wszystkie świętości, fantazjuje i konfabuluje dość misternie, upierając się bezczelnie przy prawdziwości opowiadań. Starsze dzieci z rodzeństwa musiały opuścić przez niego dom rodzicielski, sympatyzuje edynie z młodszą 8 letnią siostrzyczką, psychopatką i obłędem moralnym dotkniętą. Kładzie się często do niej do łóżka, dusząc ją i wykonywując ruchy, przypominające akt spółkowania. Onanizuje się od szeregu lat w obecności matki i usiłując zmuszać ją do ruchów masturbacyjnych. Ekshibicjonista od najmłodszych lat demonstruje chętnie wobec dziewcząt narządy płciowe w stanie erekcji lub zwiotczenia. Kilka razy w ostatnich latach po przestrachu lub silnem zmartwieniu miał napady utraty przytomności z chrapaniem, drgawkami i następczą utratą pamięci. Raz drgawki umiejscowione były w prawej połowie ciała. Obudzenie nagłe w nocy wywołuje czasem taki napad lub zdenerwowanie silne z bredzeniem i przywidzeniami. Do 12-go r. życia drgawak nie było. Otoczenie chorego było względnie dobre.

W przypadku tym uderza obecność napadów padaczkowych, brak znamion zwyrodnienia i obecność tejże psychozy u siostry. Zasługuje na uwagę, że obłęd moralny znacznie poprzedzał pierwszy napad utraty przytomności i że te napady stale występują po zmartwieniu lub przestrachu. Uważać sprawę całą za padaczkę niema przeważnych danych. I tutaj na pierwszy plan występuje brak zmysłu etycznego i instynktu społecznego. Brak tych głównych warunków współżycia czyni chłopca antyspołecznym i kwalifikuje go do zakładu poprawczego pedagogiczno-wychowawczego.

3) Postać rodzinna obłędu moralnego u dziewczyny ośmioletniej.

Dziewczyna lat 8-iu pochodzi z rodziny nerwowej. Krewny i ciotka umysłowo chorzy, starszy brat dotknięty obłędem moralnym. Podobno zmieniło się jej normalne usposobienie dopiero od roku. Dawniej była posłuszna, czysta, sama się ubierała, rozbierała i czesała, kładła się spać o zmierzchu, zasypiała łatwo i spała spokojnie. Obecnie sama nie załatwia wszystkich tych czynności, boi się wszystkiego, zasypia często z płaczem półgodzinnym, wyskakuje czasem z łóżka na podłogę, stół, krzesła, fika koziołki, tańczy, nie pamiętając nic o tem. Po zmartwieniu lub przestrachu miewa napady utraty przytomności, przypominające wielce padaczkę

i histerję. Do szkół chodziła, ale nauczyła się bardzo niewiele, była postrachem dla nauczycielek i rówieśnic klasowych. Karano ją ciągle w szkole. Nieposłuszna, uparta, zła, bezwstydna, kłamliwa. Rodziców nie szanuje, starszych nie poważa. Matkę bije, grozi jej siekierą, zrywa z jej głowy czepek, nazywa ją złodziejem i t. d. Ani śladu przywiązania do domu i współczucia oraz szacunku do rodziców. Często grozi, że sobie życie odbierze, że się rzuci pod tramwaj. Wódka i piwo w małej ilości działają na nią bardzo podniecająco. Pod względem płciowym nie wykazuje anomalji, aczkolwiek lubi bardzo towarzystwo starszego brata w łóżku. Umieszczona na 2 tygodnie w szpitalu dziecięcym dla obserwacji maltretowała wszystkie posługaczki, przeklinała felczera, biła dzieci, kłuła je, przezywając młodsze od siebie dzieci od „francowatych, choler, złodziejów" i t. p. Raz wykradła z szatni szpitalnej ubranie swoje, usiłując zbiedz do domu, pomimo że się w szpitalu czuła zupełnie dobrze, a w domu miewała ciągłe starcia z rodzeństwem, z których stale wychodziła pobitą, pokonaną. I w szpitalu okazała się w swych czynach niepohamowaną, bezwstydną, samolubną i bezambitną, „dzieckiem wyjątkowo niesfornem, jakiego posługaczki nie przypominają sobie". Bliższe i dalsze otoczenie domu i ulicy przezywa ją „warjatką" ze względu na nieznośny i brutalny charakter. W dziedzinie inteligencji trudno się doszukać poważnych zaburzeń. Wychowanie i kształcenie otrzymała nie gorsze od swoich normalnych starszych sióstr.

Zastanawia w spostrzeżeniu tem brak znamion zwyrodnienia, napady zamroczenia umysłu histeryczne, względnie padaczkowe i obecność tejże choroby u starszego brata. Dziewczyna ta, gdy podrośnie, będzie niewątpliwie w ciągłym zatargu z prawem. Braki moralne uwydatniają się dopiero, gdy życie stawia większe wymagania etycznej wydolności osobnika, gdy konieczność samodzielnej egzystencji i ciężkiej walki o byt stopniowo się wyłania. Samoistność choroby i niezależność jej od towarzyszącej nerwicy (histerja lub padaczka) są oczywiste. Zakład dla idjotów i głuptaków jest nieodpowiedni dla tego rodzaju chorych, zakład dla przestępców szkodliwy.

Wskazane są t. zw. szkoły pomocnicze i pedagogja lekarskie, istniejące w niewielkiej liczbie w Niemczech.

(Streścił mówca).

W dyskusji Łapiński zaznacza: postrzegane w przypadkach kol. Higiera napady świadczą o istnieniu u danych dzieci zwyrodnienia padaczkowego, według zdania Łapińskiego i stosownie do orzeczenia i samego mówcy. Ciężkie to zwyrodnienie już samo przez się tłomaczy te wszystkie zboczenia charakteru, jakie widzieliśmy u pokazanych nam tutaj dzieci. Zbyteczną jest przeto rzeczą rozpoznawać w danych przypadkach poza padaczką jeszcze i obłęd moralny. Nie sposób mówić o tem cierpieniu u małych dzieci. Niewiadomo bowiem, co się w przyszłości rozwinie z wybryków dziecinnych.

Badanie kojarzeń u dotkniętych padaczką nie dało Ł. charakterystycznych objawów.

Spotykany u chorych tego rodzaju egocentryzm zależy według Łapińskiego od wrodzonego usposobienia nie zaś od rodzaju choroby.

Sterling nie sądzi, ażeby objawy obłędu moralnego w pierwszym z przedstawionych przypadków można było uzależnić od padaczki: nawet same napady tak wyraźnie zależne od wzruszeń — zaliczyć należy nie do padaczki, lecz do t. zw. „Affektepilepsie Bratz'a" lub psychastenicznych drgawek Oppenheim'a. Nie sądzi, ażeby inteligencja przedstawionych dzieci była zupełnie normalna, prawdopodobnie zastosowanie subtelnych metod psychologicznych zdołałoby wykryć w niej pewne braki. Wogóle pewne choćby bardzo nieznaczne braki inteligencji (w dziedzinie wnioskowania i sądzenia) S. uważa za nieodzowne zarówno dla klinicznego rozpoznania obłędu moralnego, jak i dla sądowo-kryminalnej procedury wobec tego rodzaju osobników w okresach późniejszych — w przeciwnym bowiem razie pojęcie obłędu moralnego zlewałoby się z nieokreślonem i niedostatecznie ugruntowanem naukowo pojęciem urodzonego przestępcy „Lombros'a".

Flatau we własnych przypadkach obłędu moralnego u dzieci widział zawsze łączność z padaczką, podnosi egocentryzm u dzieci i zaleca szczegółowe badanie u nich inteligencji.

Higier w odpowiedzi oponentom bliżej określa pojęcia „inteligencji" i „moralności", dowodząc że i braki w etyce indywidualnej również do zaburzeń intelektualnych zaliczyć można. Angielskie moral insanity najlepiej oddaje tłomaczenie niemieckie: Gefüllsirresein. Higier nie sądzi, aby metody psychologji doświadczalnej — nauki skądinąd nader dla psychjatrji ważnej — mogły rozstrzygnąć zapomocą mierzenia szybkości i charakteru kojarzeń sprawę od lat 75-ciu w psychjatrji aktualną, sprawę ogromnych zaburzeń etycznych obok nieznacznego upośledzenia inteligencji w obłędzie moralnym.

Bornstein streszcza przypadki obłędu moralnego, spostrzegane przez niego samego, i sądzi, że nie należy uważać wszędzie w tem cierpieniu padaczki za podłoże. Dalej sądzi co do inteligencji takich chorych, że może ona być zupełnie nietknięta, że wszystko rozgrywa się w dziedzinie uczuciowej raczej, niż umysłowej.

Sekretarz St. Kopczyński.

# TOWARZYSTWO LEKARSKIE LWOWSKIE.

## POSIEDZENIE DNIA 11 STYCZNIA 1910 r.

WALLACH przedstawił 18 letnią chorą, u której rozpoznaje postać poronną choroby Raynaud'a.

U chorej przed 2 laty wystąpiła sinica obu rąk, która to znikała, to znowu zjawiała się bez widocznego powodu. Wkrótce potem powstały zupełnie samoistnie, bez żadnego uszkodzenia, na opuszkach palców u rąk ranki, które goiły się bardzo źle. Bólów nigdy nie miała, jedynie parestezje w palcach. Badanie wykazało: nieznaczne wysadzenie gałek ocznych, nie-

znaczne przyspieszenie tętna, wybitne wole; palce u obu rąk lekko obrzmiałe, sine, chłodne, suche; palce stopy prawej również nieco sine i na dotyk chłodniejsze, niż lewej. Brak zaburzeń czucia. Odruchy prawidłowe.

Łukasiewicz uważa przypadek ten nie za chorobę Raynaud'a, lecz za odmrożenie.

Orzechowski zgadza się z rozpoznaniem prelegenta i przytacza wyniki doświadczeń swych z adrenaliną u chorej tej, jak również w innym jeszcze przypadku choroby Raynaud'a. Okazało się, iż w obu tych przypadkach znaczna nawet dawka adrenaliny (1 mgr.), wstrzyknięta podskórnie, wywoływała oddziaływanie na jad ten o wiele słabsze, niż normalnie. Zdaniem O. doświadczenia te dowodzą obniżenia pobudliwości układu współczulnego.

ORZECHOWSKI przedstawił przypadek tętniaka mózgu.

Cierpienie u chorej datuje się od 9 lat; wówczas wystąpiły silne bóle głowy z nudnościami i wymiotami, ponawiające się z czasem coraz częściej. Od lat 7 dołącza się w chwili bólu głowy uczucie gorąca, a potem drętwienia, idące do palca dużego lewej nogi i rozprzestrzeniające się na lewą kończynę górną. Uczucie to trwa kilka minut, poczem wśród wymiotów ustaje wraz z bólem głowy. Bóle głowy i parestezje lewostronne ustawały zawsze w czasie ciąży. Z końcem ostatniej ciąży chora miała jakiś napad z utratą przytomności, po którym nastąpiła czynność porodowa. W 9 tygodni potem dostała chora po raz pierwszy bólów o charakterze neuralgicznym w prawej połowie twarzy, połączone z uczuciem wysadzenia zębów, cierpnięcia języka i ze znieczuleniem twarzy i języka. Chora zauważyła, że przy bólach głowy jakby coś tętniło i przelewało się w tyłogłowiu, słyszy szmer turkotania w prawem uchu. Od pół roku chora gorzej widzi. Chora wielokrotnie roniła w 7-ym miesiącu ciąży.

Przedmiotowo stwierdzono: wybitną bolesność czaszki przy opukiwaniu po stronie prawej, przeważnie w miejscu, odpowiadającem mniej więcej przebiegowi górnej części bruzdy Rolanda; na obu skroniach, wyraźniej jednak po stronie prawej, wysłuchuje się szmer tętniący; tarcza zastoinowa na obu oczach; znaczne współśrodkowe zwężenie pola widzenia; węch zniesiony obustronnie; obniżenie czucia dotykowego i bólowego po stronie prawej twarzy; żyły na skroniach zwłaszcza prawej rozszerzane, prawa powieka górna nieco obrzękła; niedowład i bezład lewej ręki; odruchy brzuszne po stronie lewej ledwie zaznaczone; odruch rzepkowy lewy znacznie silniejszy od prawego.

Chora poddana została leczeniu swoistemu szaruchą, po którem prelegent był w stanie stwierdzić przedmiotowo i podmiotowo polepszenie.

W rozpoznaniu różniczkowem O. uwzględnia guz unaczyniony i wodogłowie przewlekłe, skłania się jednak do rozpoznania tętniaka, umiejscowionego przypuszczalnie blizko odejścia z koła tętniczego Willizjusza przedniej tętnicy mózgowej, która zaopatruje górną trzecią część zakrętów środkowych, co, zdaniem prelegenta, tłomaczyłoby, dlaczego napady lewostronne zaczynały się od nogi a oszczędzały twarz i język.

W dyskusji Łukasiewicz wyraża zdanie, iż tętniak prawdopodobnie powstał na tle syfilitycznem.

Dybuś-Jaworski zaznacza nader rzadkie występowanie tarczy zastoinowej w tętniakach naczyń mózgowych.

A. Gluziński odrzuca rozpoznanie tętniaka, przypuszczając raczej jakąś sprawę na podstawie czaszki, która, zajmując n. wzrokowy i trójdzielny, jednocześnie zwęża naczynia i tem powoduje zaburzenia w krążeniu, co mogło być źródłem słyszanego w głowie szmeru; sprawą tą zaś może być zapalenie opon mózgowych na tle syfilitycznem. Zdaniem G. złagodzenie objawów podczas ciąży przemawia również przeciw tętniakowi, gdyż wtedy wobec podniesionego ciśnienia krwi objawy powinny by się wzmagać.

MAZURKIEWICZ wygłosił rzecz p. t. „Szpitalnictwo dla umysłowo chorych".

Prelegent zaznacza, iż w Galicji na 4700 ludności przypada jedno łóżko dla umysłowo chorego, gdy tymczasem w Poznańskiem 1 na 760, w Austrji Dolnej 1 na 570, w niektórych kantonach Szwajcarji 1 na 100 ludności; w Królestwie jest pod tym względem znacznie gorzej, gdyż tam przypada jedno łóżko na 5700 ludności. Liczba umysłowo chorych wynosi w Galicji 12000, z nich 4000 wymaga umieszczenia w zakładach, a w kraju jest na to tylko 1600 łóżek. Budowa zatem zakładu w Kobierzynie, którego plan i urządzenia wewnętrzne prelegent szczegółowo omawia, nie usuwa jeszcze tego braku.

## POSIEDZENIE DN. 28 STYCZNIA 1910 r.

PROGULSKI przedstawił dwuletnie dziecko z objawami pląsawicy oraz powiększonem sercem i szmerem skurczowym u wierzchołka. Opisawszy dokładnie przebieg choroby prelegent zaznacza rzadkość tego przypadku ze względu na wiek dziecka; w przypadku tym prelegent widzi potwierdzenie poglądu o wspólności gośćca i pląsawicy u dzieci.

W dyskusji Pisek mówi o zmianach na osierdziu w pląsawicy i o t. zw. sercu pląsawiczem, które charakteryzuje się bardzo delikatnymi złogami na zastawkach. Ta łagodność zmian anatomicznych wyróżnia, zdaniem P., tę postać od zwyczajnego zapalenia wsierdzia brodawkowego i sprzyja właśnie łatwiejszemu znikaniu, wessaniu tych złogów, odznaczających się szczególną wiotkością.

A. Gluziński nie uznaje powinowactwa gośćca stawowego do pląsawicy. Gościec, spotykany w przypadkach pląsawicy u dzieci, nie jest gośćcem zwykłym, lecz jest on wyrazem jakiegoś zakażenia, które bądź działa na układ nerwowy ośrodkowy, bądź na wsierdzie, bądź na stawy. Mówca radzi ostrożność w rozpoznawaniu zapalenia wsierdzia, które łatwo można pomięszać z zapaleniem nasierdzia i słyszalnem wtedy tarciem. Znikanie istniejących przez szereg lat szmerów G. tłomaczy tem, że wraz z sercem, które rośnie, rosną również jego zastawki i dopasowują się w ten sposób, że wytworzona wada serca zanika.

Hornowski wątpi, ażeby z punktu anatomo-patologicznego można było wyróżniać zapalenie wsierdzia, zależne od pląsawicy, jako odrębną postać.

MATYLDA LATEINERÓWNA wygłosiła rzecz p. t. „O leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgowych za pomocą surowicy swoistej". Praca ta wydrukowaną została w Lwowskim Tyg. Lek. N-r 7 i 8 r. 1910 (patrz streszcz. w Zesz. II Neur. Polskiej).

## POSIEDZENIE DNIA 18 LUTEGO 1910 r.

RYDYGIER (jun.) przedstawił trzech chorych operowanych metodą Bramanna (nakłucie spoidła wielkiego mózgu). W dwóch przypadkach nastąpiła pewna choć nieznaczna poprawa wzroku, w przypadku trzecim ustąpiły po tym zabiegu bóle głowy, zawroty i wymioty. Zabieg sam uważa R. za mało niebezpieczny i nie dający śmierci wskutek operacji.

Orzechowski omawia wskazania do punkcji Bramanna. Przez nakłucie spoidła wielkiego wytwarza się sztuczne połączenie między komorą trzecią a przestrzenią, leżącą pod oponą twardą. W przypadkach wodogłowia wewnętrznego płyn mózgowo-rdzeniowy może po takiem nakłuciu odpływać z komory trzeciej do wspomnianej przestrzeni, ztąd spływać do jamy rdzeniowej a z niej do przestrzeni chłonnych otoczek nerwów, poczynających się z rdzenia. Dzięki temu nakłuciu zostaje więc przywrócony normalny obieg płynu mózgowo-rdzeniowego i usuwa się zgubne, rozpierające działanie nadmiernie zebranego płynu na całe mózgowie. Wskazania obejmują: a) wodogłowie wewnętrzne samoistne i w następstwie zapaleń oponowych, b) guzy mózgu, w których metoda ta może oddać większe usługi, niż trepanacja dekompresyjna, c) guzy rzekome.

Pośród przypadków, obserwowanych przez mówcę, najpomyślniejsze wyniki osiągnięto u chorego, który przed dwoma laty przechodził ostre zapalenie opon mózgowych, po którem ociemniał. Po nakłuciu wszystkie objawy podmiotowe ustąpiły. Następnie u chorej z objawami ostro powstałego wodogłowia po nakłuciu wzrok się polepszył, a natomiast wystąpiły bardzo wyraźne objawy guza móżdżku po stronie prawej. Przypadek ten dowodzi korzyści praktycznej wczesnego nakłucia w przypadkach guza, nie dającego się umiejscowić. U trzeciej chorej, u której rozpoznanie waha się między guzem rzekomym a guzem z niewiadomem umiejscowieniem, po nakłuciu wszystkie podmiotowe objawy prócz nieznacznych zawrotów głowy ustąpiły, a zapalenie n. wzrokowego zmniejszyło się. W jednym tylko przypadku z rozpoznaniem guza z niewiadomem umiejscowieniem po nakłuciu wystąpiło porażenie lewostronne połowicze. O. sądzi, iż w przypadku tym guz usadowiony był właśnie w miejscu nakłutem i obrażenie guza wywołało to pogorszenie.

Rydygier nie uważa operacji tej za trudną i sądzi, iż obawy o wejście za głęboko przy przebijaniu spoidła są niesłuszne, w wodogło-

wiu bowiem komory są znacznie rozszerzone, pod spoidłem zatem znajduje się duża wolna przestrzeń.

Bárącz i Bednarski — podnoszą również wartość tej operacji.

POSIEDZENIE DN. 25 LUTEGO 1910 r.

SOŁOMOWICZ przedstawił: 1) przypadek guza mózgu u 13-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się od bólów głowy w części czołowej, które z początku niezbyt silne po roku wzmogły się znacznie, zaczęły występować codziennie, przyczem dołączyły się do nich wymioty. Po 1½ roku upośledzenie wzroku. Badanie wykazało: w przedniej części czaszki pas szeroki na 3—4 palce idący poprzecznie, gdzie opuk jest wyraźnie bębenkowy z wybitnym bruit de pot fêlé; obustronną tarczę zastoinową, przechodzącą w zanik nerwu; trudność utrzymania gałek ocznych w skrajnych ustawieniach; żywe odruchy ścięgnowe na dolnej kończynie lewej. Röntgenogram wykazał rozszenie siodła tureckiego we wszystkich rozmiarach i obniżenie wierzchniej ściany jamy klinowej.

2) przypadek zapalenia wielonerwowego u 18 letniej dziewczyny o niejasnej etjologji.

QUEST wygłosił rzecz p. t.: „O etjologji tężyczki u dzieci", drukowaną w Lwowskim Tow. Lek. N-r. 15, 16 r. 1910 (patrz stresz. w Zesz. 2-gim Neur. Pol.).

POSIEDZENIE DN. 18 MARCA 1910 r.

LATEINERÓWNA przedstawiła przypadek połowiczego kurczowego porażenia po odrze. U 11-letniej dziewczyny wystąpił trzeciego dnia wysypki odrowej o lekkim przebiegu niedowład górnej kończyny lewej, który w przeciągu dwóch dni przeniósł się na kończynę dolną, przechodząc w porażenie zupełne. Badanie w dwa tygodnie potem wykazało: zupełny lewostronny bezwład połowiczy z zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzowego i n. podjęzykowego; po stronie lewej — wzmożenie odruchów ścięgnowych, brak odruchów skórnych, odruch Babińskiego; pozatem—zupełny zanik n. wzrokowego prawego.

W kilka tygodni po wystąpieniu porażenia objawy chorobowe zaczęły ustępować.

Prelegentka skłania się najwięcej ku rozpoznania w danym przypadku zapalenia mózgu, przypuszczając istnienie dwóch ognisk zapalnych— jednego w torebce wewnętrznej, a drugiego około n. wzrokowego; nie odrzuca również możliwości powstania zakrzepu tętnicy bruzdy Sylviusza, zaznacza jednak, że zakrzepy naczyń po odrze nie były dotąd opisywane.

L. D.

(Lwowski Tyg. Lek.).

# SPRAWOZDANIE Z POSIEDZEŃ TOW. NEUR. W AMERYCE.

(3 dniowy Zjazd w New-Yorku w maju 1909 r.).

WEISENBURG i INGHAM omówili przypadek pierwotnego zwyrodnienia mostu, odnóg mózgowych, rdzenia przedłużonego i w słabszym stopniu możdżku z pierwotnemi zwyrodnieniami dróg rdzeniowo-mózgowych.

U 32-letniego osobnika, nie obarczonego dziedzicznie, wystąpiło drżenie całego ciała, niepewny chód, bóle głowy i objawy kurczowe w dolnych, a następnie i w górnych kończynach, objaw Babińskiego obustronnie; zaburzenia łykania, przymusowy płacz i śmiech. Żadnych zaników mięśni. Badanie pośmiertne wykazało pierwotne zwyrodnienie mostu, odnóg mózgowych, rdzenia przedłużonego i móżdżku.

---

SIDNEY, SCHWAB i ALLISON omawiali leczenie objawów kurczowych i atetozy.

Prelegenci wolą zastrzykiwać wyskok do odpowiednich nerwów, niż przecinać je.

Onuf na podstawie przypuszczenia, jak powstaje atetoza, stara się wyprowadzić metodę leczenia jej: atetoza bywa wyłącznie u młodych osobników, zapewne naskutek oddzielenia ośrodków rdzeniowych jakiejś grupy mięśni od ich ośrodków korowych; te pierwsze zdobywają niezależność czynnościową, należy więc odzwyczaić ich od tej samodzielności, obezwładniając mięśnie na przeciąg jakich 6-ciu miesięcy.

Schwab chce wstrzymać nietylko podniety ruchowe, lecz i czuciowe, obawia się bowiem, że te ostatnie odgrywają dużą rolę w powstawaniu ruchów atetotycznych.

---

FRANK omówił przypadek, w którym dokonano laminektomji w celu usunięcia bólów, zależnych od syfilitycznego cierpienia korzeni.

Bardzo silne bóle. Zdecydowano wykonać operację, by przeciąć korzenie czuciowe. Przy operacji okazało się, że tylne korzenie były przyrośnięte do opony twardej. Chory zmarł po operacji.

---

TERRIBERY przedstawił niezwykły przypadek zapalenia rogów przednich rdzenia.

Dziewczynka 1 roczna jakoby naskutek zapalenia rogów przednich

rdzenia dotknięta była zupełnym bezgłosem oraz porażeniem mięśni brzusznych. Jedna kończyna dolna przedstawiała cechy porażenia kurczowego (z objawem Babińskiego), druga zaś była wiotka.

RUSK przedstawił przypadek stwardnienia rozsianego w połączeniu z porażeniem postępującem.

Porażenie poprzeczne kurczowe z zaburzeniami czucia z jednej strony oraz zmiany psychiczne i cielesne, charakterystyczne dla porażenia postępującego, każą postawić w danym przypadku rozpoznanie obu tych cierpień.

Hunt widział taką kombinację, stwierdzoną następnie sekcyjnie.

---

CLARK i TAYLOR zakomunikowali: „doniesienie tymczasowe o leczeniu objawów kurczowych".

10 letni chłopiec z kurczową diplegją, operowany według metody Foerster'a. Podczas operacji usunięto 6 tylnych korzeni po stronie lewej (jeden grzbietowy i 5 lędźwiowych). Nastąpiła znaczna poprawa pod względem ruchowym w lewej kończynie dolnej. Zmian czuciowych nie było! Prawa noga pozostała w stanie poprzednim.

Technika operacji jest prosta. T. otwiera kręgosłup z jednej jakiejkolwiek strony, przeciwległe korzenie przecina przez tenże otwór, przyciągając je ku sobie.

Sachs nie pochwala tej metody: opiera się ona na przypuszczeniu, że bodżce czuciowe odgrywają dużą rolę w powstawaniu objawów kurczowych. Według S. możliwe to jest w początku cierpienia, nie zaś później. Ciekawy i ważny jest brak zmian czuciowych pomimo zniszczenia 6-ciu korzeni czuciowych. Fakt ten przeczy istniejącym teorjom.

Strauss poddaje w wątpliwość rozpoznanie w tym przypadku możliwe, iż było to zapalenie rdzenia z objawami kurczowymi.

Clark wspomina o najnowszych operacjach Foerstera w porażeniach połowiczych i w stwardnieniu rozsianem. Foerster, opierając się na prawie Sherrington'a, nie radzi przecinać 3 następujących po sobie korzeni, najwyżej 2.

---

STRAUSS i HUNTEON wygłosili odczyt p. t.: przyczynek do badań nad ostrem zapaleniem rogów rdzenia przednich.

Na podstawie badań nad zwierzętami S. i H. twierdzą, iż 1) cierpienie to jest zakaźne; 2) wywołane zapewnie nie przez laseczniki, zmiany histologiczne podobne do zmian we wściekliźnie; 3) można to cierpienie zaszczepić tylko małpie; 4) w chwili, gdy obraz kliniczny jest wyraźny, zarazek już nie znajduje się we krwi; 5) w płynie mózgowo-rdzeniowym nie zawsze można znaleść zarazek; 6) gdy cierpienie daje się rozpoznać wyraźnie, zarazek jest w rdzeniu.

---

LLOYD omówił przypadek krwotoku mózgowego, przypominającego zapalenie opon.

Przypadek rozpoczął się powoli, z początku wystąpiły bóle głowy, gorączka, następnie ból karku. Na 4-ty dzień chory stracił przytomność głowa odciągnęła się w tył, kark napięty i bolesny. Przypuszczano sprawę zapalną opon. Przekłucie lędźwiowe dało płyn mózgowo-rdzeniowy zabarwiony krwią. Bakterji nie wykryto. Żadnych porażeń, zniesienie odruchów kolanowych. 2-gie przekłucie lędźwiowe również nie dało dodatniego wyniku pod względem bakterjologicznym. 3-cie przekłucie dało płyn pomarańczowy. Zejście śmierlelne po 5 tygodniach od początku choroby, Badanie pośmiertne wykazało rozległy krwotok mózgowy do bocznych komór, do wodociągu Sylwjusza, do 4-ej komory i wzdłuż całego rdzenia.

M. Carthy przypuszcza, iż był to przypadek zakażenia opon z krwotokiem. Podobne przypadki krwotocznego zapalenia opon u podstawy mózgu widywał on w ostrej gruźlicy mózgowo-rdzeniowej.

(The Jour. of. Nerv. and Ment. Disease N-r. 1. 2. 1910).

Zylberlastówna.

## KRYTYKA I BIBLJOGRAFJA.

DR. MED. L. E. BREGMAN. Dyagnostyka chorób nerwowych. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Z 143 rysunkami i 2-ma tablicami. Warszawa. 1910 r. Wende i S-ka. Cena rb. 4.

Do ostatniej niemal chwili literatura polska neurologiczna nie posiadała ani jednego podręcznika bądź to oryginalnie napisanego, bądź też tłomaczonego z literatury obcej. Dopiero w ostatnich latach brak ten, tak dotkliwie odczuwać się dający zarówno uczącej się młodzieży, jak i tym lekarzom, którzy z dziedziną neurologji bliżej zapoznać się pragnęli, usunięty został przez pojawienie się kilku podręczników oryginalnych. I tak przed 4 laty kol. St. Orłowski wydał pierwszy polski podręcznik o cierpieniach układu nerwowego, obejmujący choroby nerwów obwodowych i rdzenia, a następnie wydana w Krakowie patologja szczegółowa objęła również dział chorób mózgu, opracowany przez prof. Domańskiego i Prusa. Brakowało jeszcze podręcznika djagnostyki chorób nerwowych, ale i tę poważną lukę w ostatnim czasie wypełnił kol. Bregman wydaniem swego dzieła.

Obecnie więc posiadamy podręczniki polskie, oryginalnie napisane, obejmujące cały dział neurologji. Służyć one mają poważnym celom pedagogicznym i zastąpić podręczniki obce. Czy zadaniu temu w stopniu dostatecznym sprostać są w stanie, to w swoim czasie co do podręczników poprzednio wydanych wypowiedziane zostało w prasie lekarskiej. Obecnie przypadła kolej poddać ocenie świeżo wydane dzieło Dr. Med. L. Bregmana, zatytułowane „Dyagnostyka chorób nerwowych — podręcznik dla lekarzy i studentów“.

Zadanie, którego podjął się autor, nie należy do łatwych. Jeżeli opracowanie każdej djagnostyki chorób przedstawia trudności znaczne, to trudności te potęgują się jeszcze, jeżeli przedmiot opracowania stanowią cierpienia nerwowe. W patologji układu nerwowego spotykamy nie tylko większą aniżeli gdzieindziej liczbę poszczególnych objawów chorobowych, ale również większe skomplikowanie w zespołach tych objawów; spotykamy nieraz tak złożone obrazy chorobowe, iż postawienie dokładnego rozpoznania nawet dla doświadczonego klinicysty przedstawia trudności znaczne. To wszystko sprawia, iż napisanie dobrego podręcznika djagnostyki chorób nerwowych, któryby nie tylko lekarzowi, ale i studentowi ułatwił orjentowanie się w tych najrozmaitszych kombinacjach objawów chorobowych, stanowi zadanie tak trudne, iż nawet mało który podręcznik z bogatej literatury obcej odpowiada wszystkim wymaganiom, stawianym

tego rodzaju dziełom. Zobaczymy, w jakim stopniu trudności te pokonał podręcznik kol. Bregmana.

Każdy podręcznik djagnostyki ma dwa zadania do spełnienia — przedewszystkiem zapoznać czytelnika z całym szeregiem zaburzeń ze strony danego narządu czyli t. zw. symptomatologją spraw chorobowych i metodyką ich badania a następnie podać wskazówki djagnostyczne, któremi kierować się należy przy rozpoznawaniu postaci chorobowych na podstawie szeregu danych zaburzeń. Są to części odrębne, które też oddzielnie traktować będziemy przy ocenie książki kol. Bregmana.

W podręczniku kol. Bregmana strona semjologiczna dzieła, mająca za cel omówienie wszystkich objawów patologicznych ze strony układu nerwowego i metodyki badania tych objawów, opracowaną została bardzo starannie. Autor podzielił książkę na 16 rozdziałów, a każdy rozdział omawia albo jeden rodzaj zaburzeń, albo całą kategorję pokrewnych sobie zaburzeń. Tak więc pierwsze 5 rozdziałów poświęcone zostały zaburzeniom ruchowym (porażenia ruchowe, bezład, współruchy, drżenie, objawy pobudzenia ruchowego), dalej idą zaburzenia czuciowe (rozdz. 6), odruchów (rozdz. 7), źreniczne (rozdz. 8), w narządach zmysłów (rozdz. 9), mowy (rozdz. 10), umysłowe (rozdz. 11), naczynioruchowe, ciepłoty ciała, odżywcze i potowydzielnicze (rozdz. 12), przy oddawaniu moczu i stolca (rozdz. 13), sercowe, oddechowe, żołądkowo-kiszkowe i moczowe (rozdz. 14). W dwóch ostatnich rozdziałach autor omawia badanie czaszki i kręgosłupa, wreszcie nakłucie lędźwiowe.

Jak widzimy z powyższego wyliczenia wszystkich rozdziałów autor nie pominął ani jednej grupy objawów patologicznych, znamionujących cierpienia układu nerwowego. Każdy objaw został wszechstronnie opisany, podane zostały wszystkie stosowane w klinice sposoby jego badania, — jednym słowem uwzględnione zostały wszystkie najnowsze zdobycze obserwacji klinicznej. Przytem, czytając każdy z tych rozdziałów, widzi się, iż autor korzystał w opracowaniu ich nietylko źródeł książkowych, lecz w dużej mierze i z wyników własnej obserwacji klinicznej.

Opracowanie strony djagnostycznej podręcznika, tej, która ma za cel nauczenie rozpoznawania chorób nerwowych, nie pozbawione jest pewnych wad. Zarzut, jaki autorowi postawić tu można, dotyczy sposobu opracowania tego przedmiotu. Zdaniem naszem dział ten powinien być zawsze traktowany oddzielnie od symptomatogji i metodyki badania, a poprzedzać go powinny odpowiednio zestawione wiadomości z dziedziny anatomji i fizjologji układu nerwowego. Jest to najwłaściwszy sposób ujęcia całego materjału, przy którym uczący się przystępuje do rozwiązywania zadania trudnego — rozpoznawania choroby, zapoznawszy się uprzednio z podstawowemi zasadniczemi danemi.

Kol. Bregman w opracowaniu przedmiotu trzymał się planu odmiennego, który w przedmowie do swego dzieła skreślił w słowach następujących. „Aby zachować możliwą jednolitość w opracowaniu przedmiotu i uniknąć powtarzań, uznałem za rzecz najodpowiedniejszą ugrupować materjał na podstawie symptomatologicznej, rozpatrując w poszczególnych rozdziałach objawy chorób nerwowych oddzielnemi grupami, odpowiednio do tego, jak je zwykle w klinice badamy. Nie poprzestając jednak na samym opisie zaburzeń, starałem się wyjaśnić ich znaczenie rozpoznawcze, przyczem podaję w każdej grupie treściwą wiadomość o chorobach, w których rozpatrywane objawy występują na plan pierwszy“.

Już z powyższych słów widzimy, iż sposób opracowania przedmiotu w podręczniku kol. Bregmana jest odmienny od tego, jaki w większości podręczników, traktujących o djagnostyce chorób nerwowych, spotykamy, i że odmienność ta polega na tem, iż w dziele autora patologja rożnorodnych postaci chorobowych omówioną została jednocześnie z semjologją układu nerwowego. Taki jednak układ w podręczniku, mającym za cel nauczanie rozpoznawania chorób, pod względem pedagogicznym nie jest dobry, prowadzi bowiem do szeregu usterek, które w książce autora występują na jaw. Jedna z nich, polega na tem, iż czytelnik, nie obeznany jeszcze z całą symptomatologją chorób nerwowych, lecz zaledwie z szeregiem pewnych tylko zaburzeń, wprowadzony zostaje odrazu do patologji układu nerwowego i zmuszony do orjentowania się w złożonych obrazach chorobowych. Ażeby o tem przekonać się, wystarczy rozejrzeć się choćby w pierwszych kilku rozdziałach podręcznika, w których omówione zostały tylko zaburzenia ruchowe. Część symptomatologiczna tych rozdziałów zapoznaje czytelnika z objawami zaników mięśniowych, porażeń ruchowych, zaburzeniami w napięciu mięśniowem i jednocześnie z metodyką badania tych objawów. W tych że samych jednak rozdziałach, w związku z jednym tylko objawem — porażenie ruchowe, rozpatrzony zostaje cały szereg postaci chorobowych, w których wprawdzie porażenie ruchowe jest objawem dominującym, lecz w których nie brak jednocześnie i całego szeregu innych jeszcze zaburzeń. I tak np. między innemi spotykamy w rozdziale 3-im dział, zatytułowany—porażenie w cierpieniach rdzenia, — w którym omówiona zostaje w krótkim zarysie anatomja rdzenia, a następnie opisane są najpierw cierpienia układowe rogów przednich (zapalenie istoty szarej przedniej rdzenia, porażenie wstępujące (Landry), zanik mięśni postępujący rdzeniowy), potem cierpienia układowe pęczków piramidowych (stwardnienie boczne, połączone cierpienia układowe, porażenia spastyczne przymiotowe, stwardnienie boczne z zanikiem mięśni) wreszcie cierpienia nieukładowe rdzenia. Czytelnik, nie obezna-

ny jeszcze z patologją układu nerwowego lub obeznany z nią bardzo pobieżnie, nie łatwo orjentować się będzie w symptomatologji tych wszystkich postaci chorobowych, głównie właśnie dla tego, że postaci te omówione zostały po zapoznaniu czytelnika dopiero z jednym tylko rodzajem występujących w nich zaburzeń — mianowicie ruchowych, gdy tymczasem wszystkie inne spotykane w nich zaburzenia omówione zostały w następnych rozdziałach.

Druga strona ujemna polega na tem, iż przy tej metodzie wykładu djagnostyki chorób nerwowych, jakiej trzymał się autor, z jednej strony nie zostały należycie uwydatnione te zespoły objawów, które charakteryzują zajęcie sprawą chorobową pewnych obrębów układu nerwowego — a więc układu obwodowego, rdzenia kręgowego, rdzenia przedłużonego, mostu i t. d. z drugiej zaś nie zostały ujęte w jedną całość cechy charakterystyczne wielu postaci chorobowych. Wynika to głównie ztąd, iż cechy przeważnej części chorób nerwowych omawiane zostały w różnych miejscach książki w związku z temi lub innemi zaburzeniami. Tak np. o cechach charakterystycznych dla wiądu rdzenia czytelnik może sobie zdać sprawę tylko wtedy, jeżeli uprzytomni sobie szereg wiadomości o tej chorobie, rozrzuconych aż w kilkunastu miejscach książki.

Zdaniem naszem tych wszystkich zarzutów uniknął by autor, gdyby nauczanie o rozpoznawaniu chorób nerwowych oparł nie na podstawie symptomatologicznej, lecz anatomo-fizjologicznej.

Wobec tego wszystkiego, cośmy o książce autora powiedzieli, dzieło to uważać możemy za doskonały podręcznik symptomatologji układu nerwowego, mniej zaś za djagnostykę chorób nerwowych. Jako podręcznik symptomatologji książka kol. Bregmana ma dużą wartość, w niej bowiem zebrany został i uporządkowany cały dorobek wiedzy neurologicznej, traktujący o objawach cierpień nerwowych i metodyce ich badań. Uwzględniony został tu także i nasz dorobek naukowy, często bowiem spotykamy się w książce autora z nazwiskami lekarzy polaków.

Co się tyczy języka, to jest on naogół zupełnie poprawny. Wykład odznacza się jasnością i jędrnością, co uwidocznia się najlepiej w trudniejszych do opracowania działach książki, do jakich zaliczyć musimy rozdziały, traktujące o zaburzeniach w narządach zmysłów i o zaburzeniach mowy. Ta jasność wykładu wypływa i ztąd, iż książkę pisał wybitny klinicysta i doskonały obserwator.

To też wdzięczni musimy być kol. Bregmanowi za opracowanie dzieła, które wypełnia dotkliwie odczuwać się dającą lukę w naszej literaturze lekarskiej i stanowi, pomimo czynionych przez nas zarzutów, dotyczących zresztą tylko samego układu dzieła, cenny nabytek dla lekarza-praktyka.

Pod względem zewnętrznym podręcznik kol. Bregmana

przedstawia się okazale. Jest to duży tom o 30 arkuszach druku z licznymi bardzo rysunkami, których znakomita większość zaczerpnięta została z własnych spostrzeżeń klinicznych autora.

L. Dydyński.

M. DOST. Kurzer Abriss der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie. Lipsk 1909.

M. DOST. Anleitung zur Untersuchung Geisteskranker. Lipsk 1910.

Znana firma wydawnicza F. C. Vogla w Lipsku, która wypuściła przed rokiem Dosta krótki „zarys“ psychologji, psychiatrji klinicznej i sądowo-lekarskiej dla prawników i lekarzy, zachęcona powodzeniem tej książki, przygotowała obecnie dla lekarzy praktyków tegoż autora „wstęp“ do badania chorych umysłowych. Że autor w wielu miejscach drugiej książki powtarza nie mało z tego, co w pierwszej już powiedział, wynika poniekąd już z zestawionych wyżej tytułów prac. Wszystkie podręczniki tego pokroju mają to do siebie, że na wzór skrótów studenckich w znakomitym stopniu ułatwiają powtórzenie całości i obejmowanie całokształtu z lotu ptaka. Ułatwienie to atoli przypada w udziale nie szczęśliwym, a powołanym, t. j. tym, którym ono najmniej jest potrzebne, którzy są dobrze z przedmiotem obeznani.

Lekarz, któryby zechciał wyłącznie z takich podręczników poznać ogrom zdobytych z biegiem czasu metod badania, praw naukowych, faktów djagnostycznych i wskazówek prognostycznych, zostałby narazie oszołomiony, przygnębiony ciężarem i rozmiarami materjału teoretycznego i faktycznego; natomiast stopniowo w toku czytania przechodziłby obojętnie koło najważniejszych nieraz zdobyczy nauki i sztuki lekarskiej.

O ile się to, com powiedział, ma na względzie i z powyższego właśnie stanowiska podręczniki traktuje, nie żądając od nich tego, co w przedmowie obiecują, a tego tylko, co dać mogą, wtedy wypadnie właśnie „zarys“ i „wstęp“ Dosta, głównego lekarza zakładu psychjatrycznego Hubertusburg, uważać za książki nader udatne, z wielką znajomością rzeczy, nakładem pracy i dużą dozą zmysłu pedagogicznego, pomysłowością i oryginalnością napisane.

Pierwsza książka, przeznaczona dla lekarzy i prawników, po wstępie, omawiającym anatomję, fizjologję, psychologję i psychopatologję układu nerwowego, zaopatrzonym w dość dobre rysunki, zapoznaje bliżej czytelnika z zaburzeniami w dziedzinie spostrzegania, odczuwania, rozumowania i postępowania. Obszer-

ny dział etjologji i terapji uzupełnia całość, w której względnie najwięcej miejsca zajmuje klasyfikacja psychoz (według różnych autorów), metodyka badań inteligencji i djagnostyka poszczególnych postaci. Do książki dołączona jest tablica, na której liczne ryciny uwydatniają wygląd dotkniętych katatonją, hebefrenją, zadumą, psychozą manjakalno depresyjną i idjotyzmem w okresach podniecenia i przygnębienia.

Druga książka ma na celu czysto praktyczną sprawę: dział rzeczoznawstwa i ekspertyzy w psychopatologji. Wzorując się na głównych uchwałach, dotyczących internowania chorych umysłowych w psychjatrycznych zakładach państwowych Niemiec, Austrji i Szwajcarji, Dost bliżej rozpatruje zbieranie wywiadów, stan psychiczno-nerwowy i somatyczny oraz wskazania do internowania. Djagnostyce i prognostyce oraz sprawie udawania i ukrywania zboczeń umysłowych poświęcono względnie najwięcej uwagi.

H. Higier.

## P. NAECKE. Atlas der Gehirnoberfläche von Paralytischen. F. Vogel. Lipsk. 1910.

Wiemy oddawna, że przymiot odgrywa rolę pierwszorzędną w etjologji porażenia postępującego. Badania serologiczne ostatnich lat zdają się potwierdzać dane, zdobyte drogą wywiadów; również przyczyniły się do wyjaśnienia tej sprawy studja z lat ostatnich nad dziecięcą i młodzieńczą postacią tej choroby. A jednak każdego bezstronnego badacza uderzać musi ta niezwykła okoliczność, że bardzo mała odsetka syfilityków zapada na porażenie postępujące. Naecke, który oddawna dowodził związku tej choroby z wrodzonem usposobieniem układu nerwowego, zbadał dokładnie powierzchnie półkul mózgowych 56 dotkniętych porażeniem i 15 zdrowych osobników i stworzył atlas, zawierający 49 pięknych zdjęć cynkograficznych naturalnej wielkości z nader sumienną analizą poszczególnych zawojów i brózd oraz zaopatrzony treściwym wstępem prof. Flechsiga. W porażeniu postępującem, rozumuje Flechsig, w jego najczęstszych i typowych przypadkach zostają zniszczone t. zw. ośrodki kojarzeniowe, oszczędzone zaś ośrodki zmysłowe; zmienność typu zawojów i brózd bywa największa w pierwszych ośrodkach, najmniejsza w ostatnich; pierwsze rozwijają się znacznie później i wymagają więcej czasu do pokrycia się myeliną od ostatnich, ontogenetycznie i filogenetycznie starszych wiekiem. Odmiany i uchylenia od normy w budowie i kształcie ośrodków zmysłowych mają przeto bardziej zasadnicze znaczenie od takichże spraw w ośrodkach kojarzeniowych, ponieważ występują w znacznie

wcześniejszym okresie rozwojowym mózgu. Z morfologicznych badań swoich wyprowadza Naecke wniosek, że mózg dotkniętych porażeniem postępującem jest już w życiu płodowem upośledzony, że przedstawia liczne anomalje rozwojowe, uchylenia od normalnego kształtu i budowy na wzór zewnętrznych piętn zwyrodnienia.

Zarzuciłbym autorowi, że nie wspomina, mówiąc o historji przedmiotu, że francuzi (Béchet) przed laty badali już warunki dziedziczno-rodzinne dotkniętych porażeniem, że prace ostatnich lat kilku (Thrüssler, Trapet, Rondoni) wykazały u młodzieńców — dotkniętych porażeniem liczne zmiany rozwojowe wrodzone mózgu i móżdżku. Zasługą Naecke'go jest w każdym razie ta okoliczność, że on pierwszy systematycznie badał mózgi umysłowo chorych z morfologicznego punktu widzenia. Szkoda tylko, że zbyt mało znamy normę, aby określić, gdzie się kończy postać fizjologiczna, a zaczynają odmiany patologiczne, przezco rzecz cała traci nieco na ścisłości naukowej. Trudno wreszcie rozróżnić cechy osobnicze i rodzajowe zwłaszcza w podkreślonej przez autora anomalji bruzdy małpiej i zawoju lejkowatego. Mimowoli czytelnik tu i owdzie jest pod przygnębiającem wrażeniem, że Flechsig w przedmowie sam nie takie posiada zaufanie do materjału Naecke'go, jakie wzbudzić usiłuje w przeciętnym czytelniku. Atlas, imponujący ogromnym nakładem pracy i świadczący o iście benedyktyńskiej pilności autora, wymaga studjowania bardzo mozolnego i dokładnej znajomości nowoczesnej morfologji mózgu. Z terminologji korzystał autor przeważnie tej, którą dał w swoim klasycznym dziele (Vergleichende Anatomie der Gechirnoberfläche) przed laty Benedikt.

H. Higier.

# WILLIAM JAMES.

W d. 28 Sierpnia r. b. w miejscowości Cheorna w New Hampshire w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej umarł w 68 roku życia William James, najwybitniejszy współczesny psycholog i filozof amerykański.

James był lekarzem. Nie jest to wcale rzeczą przypadku, że dwaj najwybitniejsi koryfeusze psychologji współczesnej William James i Wilhelm Wundt — to lekarze. Przyszli oni do nauki psychologicznej jako już wyrobieni przyrodnicy, z umysłem, wyszkolonym w dziedzinie doświadczalnej, i przeobrazili psychologję z nauki spekulacyjnej w naukę ścisłą empiryczną, przyrodniczą. Obaj poszli różnemi drogami. Wundt zajął się przedewszystkiem dziedziną doświadczenia zewnętrznego, znajdując w metodzie eksperymentalnej najwłaściwsze narzędzie badań. Założył w r. 1879 pierwszą pracownię psychologiczną, znacząc tem nowy etap w rozwoju psychologji. James zwrócił badania swe w kierunku doświadczenia wewnętrznego, za najwłaściwsze narzędzie swych badań naukowych uznał metodę introspekcyjną — metodę postrzegania własnych stanów świadomości, — lecz całokształt tych badań utrzymał na ściśle doświadczalnym gruncie, wolnym od wszelkiej spekulacji metafizycznej.

Rozszerzył w ten sposób znacznie zakres granic wiedzy psychologicznej, nie uszczuplając w niczem jej przyrodniczego charakteru. Jako empiryk stanął on na gruncie ścisłego doświadczenia z naczelną zasadą — contra experimentum nullum argumentum, wypowiedział nieubłaganą walkę nietylko spekulacji metafizycznej czy teologicznej, lecz wszelkiej teorji psychologicznej, powziętej z góry, nie opartej na doświadczeniu.

Do zagadnień naukowych zbliżył się jako analityk, który nie przesądza z góry, czem jest zjawisko jakieś w swojej istocie, nawet istoty tej zupełnie nie bada, który tylko postrzega, opisuje postrzegane fakty, systematyzuje je i rozbiera t. j. stara się rzeczy bardziej złożone rozłożyć na prostsze, ale niczego nie buduje, nie tworzy. Wystąpił jako zdecydowany krytyk asocjacyjnego kierunku w psychologji, wykazując całą aprioryczność teorji istnienia jakichś elementów psychicznych czuć, z których, jak ciała chemiczne z atomów, składać się miały złożone sprawy psychiczne, całą niezgodność tej teorji z wynikami doświadczenia, które jedynie obowiązuje psychologa-przyrodnika. Stanął wobec zagadnień psychologicznych na stanowisku biologa, rozumując słusznie, że zjawiska duchowe — to pewna postać życia i że stosunek biologiczny do nich wskutek tego jest jedynie zasadny. Badał nie to, czem jest zjawisko psychiczne samo w sobie, lecz jak przedstawia się ono jako pewna postać życia, jak

rozwija się i jakie przybiera kształty. Widział w zjawisku psychicznem nie jakiś konglomerat oddzielnych, indywidualnie odrębnych składników psychicznych, lecz pewną organizację biologiczną, której rozwój może być raczej porównywany do wzrostu kwiatu z nasienia, organizmu z zarodka, a nie jakiegoś ciała złożonego, którego wzrost polega na łączeniu oddzielnych elementów — składników duchowych, czuć w wyobrażenia, wyobrażenia w pojęcia. Widział w zjawisku psychicznem pewną całość, która jest całością odrazu i nigdy nie przestaje być jednolitą niepodzielną całością. Dopatrzył w każdym momencie życia duchowego kolejności dwóch jego faz czy trybów — odbiorczej i oddawczej; przyczem zasadniczą wartość przyznał — tej drugiej oddawczej.

Myśli i uczucia posiadają tylko o tyle znaczenie, o ile są one czynnikami, warunkującemi czyn — to ich właściwy sens psychologiczny i biologiczna wartość. Świadomość według James'a nie jest jakimś epiphenomenon w rozwoju jednostki i gatunku, nie jest swistkiem na parowozie biegu ewolucji, za co poczytywał ją Huxley, lecz jest niewątpliwym czynnikiem ewolucyjnym, bez której udziału rozwój byłby nie do pomyślenia.

Jego badania nad przyzwyczajeniem, nad instynktem, wzruszeniem — to nietylko samodzielne i twórcze przyczynki do ścisłej psychologji, to także nie mniej ciekawe karty biologji, tyle w nich nowego i ciekawego, ewolucyjnego światła.

James poświęcił dużo pracy rozważeniu zagadnień, należących do pogranicza pomiędzy psychologją i epistemologją, potrafił utrzymać przytem ściśle psychologiczny, przyrodniczy punkt widzenia i wykazał, ile nowego i cennego światła ten stosunek do zagadnień tego rodzaju może na nie rzucić. Badania jego nad rzeczywistością, przestrzenią, czasem, jaznią to szereg nowych zupełnie rozwikłań tych zagadnień, rozważanych nie jako pojęcia, jako suma stałych cech, objętych każdą z tych nazw, lecz jako postaci doświadczenia, jako zjawiska konkretne.

We wszystkich tych badaniach nie przestał być James ani na chwilę empirykiem, nie dał się uwikłać w żadne metafizyczne spekulacje, oparł się naciskowi apriorycznych teorji psychologicznych, potrafił utrzymać rozbiór każdego zagadnienia w granicach samego doświadczenia.

Swe prace psychologiczne zawarł James w szeregu artykułów, umieszczonych w specjalnych czasopismach amerykańskich i angielskich. Zebrał je w jednolitą całość w dużym dwutomowym dziele „Principles of Psychologie" London Macmillan and C° 1891, z którego później zrobił skrót Textbook (wydany w zeszłym roku w dobrym przekładzie francuskim, a dawniej w nieszczególnym przekładzie rosyjskim). Streszczenie swych poglądów wydał w postaci popularnych gawęd o psychologji, — jak je nazwał, w szeregu wykładów na kursach wakacyjnych dla

nauczycieli ludowych; istnieją one w tłomaczeniu polskiem I. Moszczeńskiej. Właściwem źródłem do poznania jego dorobku naukowego są oczywiście jego „Principles“.

Spopularyzowały imię James'a i nadały mu wszechświatowy rozgłos prace jego z dziedziny filozofji religji: The varieties of religions experience. A study in human nature Gifford Lectures delivered at Edinburgh in 1901 — 1902 8⁰ New-York, London, Bombay and Calcutta Longmans, Green et Co 1902. The Will to believe and other essays in popular philosophy 12. New-York London, Bombay and Calcutta Longmans, Green et Co 1897. Human immortality: Two supposéd objections to the doctrine 16-mo Boston: Houghton, Mifflin and C-o 1898. Odnośnie tych zagadnień stanął James również na ściśle psychologicznem stanowisku; zagadnienia religji, wiary rozważał również jako postaci doświadczenia, usiłował zdać sobie sprawę z tego, czego doświadczają ludzie, kiedy mówią, że wierzą.

Największą sławę zjednały mu jego prace ściśle filozoficzne, w których stanął jako twórca nowego kierunku filozoficznego — pragmatyzmu. Tytuł jego dzieła: Pragmatism, a new name for some old ways of thinking — London, New-York, Bombay and Colcutta Longmans, Green and C-o 1908.

I tutaj również nie sprzeniewierzył się James swemu psychologicznemu stanowisku. Jego system filozoficzny — to tylko rozwinięcie dalsze, uogólnienie psychologicznych założeń. Wysunąwszy na czoło zjawiska psychicznego czyn, nie mógł nie nadać jemu decydującego znaczenia i w systemie filozoficznym. Pragmatyzm ma w swym źródłosłowie πςαϐμα — czyn, ten sam pierwiastek, który istnieje w wyrazach praktyka, praktyk, praktyczny. Jako konieczny wymagalnik prawdy postawił stwierdzenie jej użyteczności w życiu, jej przydatności w przeobrażaniu życia w kierunku jego doskonalenia. Obok jej sprawdzianu logicznego — zgodności wewnętrznej w twierdzeniu, obok sprawdzianu epistemologicznego zgodności z rzeczywistością, wprowadził sprawdzian trzeci pragmatyczny — wydajności prawdy w życiu. Ewolucjonizm przenika wszystkie myśli, jak woda gąbkę. Nie jest on ani optymistą ani pesymistą, jak sam o sobie powiada — jest meljorystą. Świat nie jest doskonały, ale również nie jest on jeszcze skończony — lecz rozwija się ciągle i doskonali, a czynnikiem tego doskonalenia jest niespożyty, wolny duch ludzki.

R. Radziwiłłowicz.

# NEKROLOGJA.

## Dr. Aleksander Tumpowski.

Przed niedawnym czasem z szeregu neurologów naszych ubył dzielny pracownik, z grona kolegów jeden z najsympatyczniejszych ludzi. Dnia 30 Czerwca r. b. zmarł w Wiedniu w 41 roku życia Dr. Aleksander Tumpowski. Urodzony w Warszawie tu skończył gimnazjum i uniwersytet. Po kilkoletniej pracy w szpitalach i poliklinice d-ra Goldflama w Warszawie przeniósł się do Łodzi i tam pracował przy szpitalu św. Aleksandra. Już w pierwszych latach zawodu lekarskiego dał się poznać, jako zdolny i niezwykle sumienny lekarz. Warunki zmusiły go do przeniesienia się na Syberję, do Irkucka. Tam wkrótce zjednał sobie sympatję ogółu, a dom jego stał się ogniskiem dla zagnanych na Wschód Daleki polaków. Po 8 latach powrócił do kraju i objął kierownictwo zakładu dla umysłowo chorych w Otwocku. Po latach dwóch opuścił to stanowisko i osiadł na stałe w Warszawie, powracając na nowo do pracy szpitalnej, ostatnio w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

Tumpowski, cichy, skromny pracownik, z zamiłowaniem oddawał się pracy naukowej, specjalnie w dziale chorób nerwowych, i pracy tej pomimo ciężkiej choroby do ostatniej prawie chwili nie opuszczał; nakrótko jeszcze przed śmiercią przygotował streszczenia z szeregu prac neurologicznych niemieckich dla Neurologji Polskiej. Pozostał po nim szereg prac naukowych, obejmujących bądź to ciekawe spostrzeżenia kazuistyczne, bądź też wyniki systematycznych badań klinicznych.

Cześć pamięci zacnemu człowiekowi, zdolnemu lekarzowi, pracowitemu neurologowi!

### Spis prac A. Tumpowskiego, drukiem ogłoszonych.

1. Przypadek nerwicy urazowej oraz kilka uwag o znaczeniu praktycznem tego cierpienia. Medycyna 1897 N-r 51.

2. Z kazuistyki chorób nerwowych. Medycyna. 1898 N-r 12.

3. Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych oraz ich udawaniu (symulacji). Medycyna 1898. N-r 45, 46, 47.

4. Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego. Czasop. Lekar. 1899 N-r 19.

5. Przypadek bezładu ruchowego ostrego (ataxia acuta) po ostrem cierpieniu zakaźnem. Medycyna 1899. N-r 34.

6. Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. Medycyna 1900. N-r 23.

7. Zakłady lecznicze dla niezamożnych chorych nerwowych. Czasop. Lek. 1900 N-r 4.

8. Przypadek dystrophia musculorum progressiva. Czasop. Lek. 1900 N-r 8.

9. Przypadek encephalitidis foetalis czy porencephaliae. Czasop. Lek. 1900. N-r 8.

10. Przypadek porażenia prawego splotu barkowego po zwichnięciu. Czas. Lek. 1900. N-r 7.

11. O porażeniach kończyny górnej po zwichnięciu główki kości ramieniowej. Medycyna 1901. N-r 3.

12. Kilka słów o leczeniu przymusowem alkoholików. Medycyna 1902. N-r 31.

13. Przypadek pląsawicy przewlekłej dziedzicznej. Medycyna 1903. N-r 35.

14. Przypadek porażenia spastycznego z atetozą. Czas.Lek. 1904. N-r 2.

15. Przypadek stwardnienia wieloogniskowego z wybitnem zajęciem nerwu trójdzielnego. Gazeta Lek. 1910.

Maksymiljan Biro.

# TREŚĆ ZESZYTU II TOMU I.



---

*) * oznacza autorów polaków.

## PSYCHJATRJA.



## TOWARZYSTWA LEKARSKIE.



## BIBLJOGRAFJA. . . . . . . 124



## NEKROLOGJA. . . . . . . . . 134

# Neurologja Polska.

## (Neurologie Polonaise).

## JOURNAL DE NEUROLOGIE, PSYCHATRIE, PSYCHOLOGIE EXPERIMENTALE.

Paraissant 6 fois par an sous la rédaction du Dr. L. Dydyński.
Rédaction et Administration du journal: Varsovie, 28 Nowowiejska.

### Sommaire du N-r 2 du Vol. I.